FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

145

THÈSE

ANNEE 1967

n°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Max ADIDA

né le 12 janvier 1937 à Paris XVIIIe

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

LA DOULEUR EN GYNECOLOGIE.

ETUDE NOSOLOGIQUE ET APERCU THERAPEUTIQUE.

Président : Mr. MERGER, Professeur

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

ANNEE 1967

POUR LE

n°

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Max ADIDA

né le 12 janvier 1937 à Paris XVIIIe

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

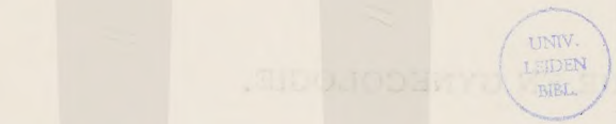
LA DOULEUR EN GYNECOLOGIE.

ETUDE NOSOLOGIQUE ET APERCU THERAPEUTIQUE.

Président : Mr. MERGER, Professeur

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

Digitized by the Internet Archive
in 2026



https://archive.org/details/IA41544317_0017

1/1/1966

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Georges BROUET.

1er ASSESSEUR . . . . . Daniel BARGETON

2e ASSESSEUR . . . . . Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	DENOIX (P.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
—	LEVY (Mlle J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

	MM.
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) **Professeurs à titre personnel :**

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.) DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Histologie	COUJARD (R.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.) RICHET (G.)
Physiologie	DEJOURS (P.) ROUCAYROL (J.-Cl.) SCHERRER (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.) GOUGEROT (L.) TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) **Professeurs titulaires :**

		MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)		LENÈGRE (J.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	—	N...
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)		PADOVANI (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)		DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)		TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Bicêtre	DEPARIS (M.)
	Broussais	MILLIEZ (P.)
	Cochin	BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Lariboisière	SÈZE (S. de)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G.)

	MM.
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Saint-Antoine	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
— — (Cochin)	BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
— — (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	DOMART (A.)
— — (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
— — (Pitié)	RAMBERT (P.)
— — (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	ANDRÉ (R.)
	BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	CABROL (Ch.)
	GROSSIORD (A.)
	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F
	WORMS (R.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.)
	ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.
Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.) GONNARD (P.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (B.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Physique médicale	COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEUR ASSOCIÉ

Statistique médicale et épidémiologique	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseillers administratifs	Mlle CHAINTREUIL (G.) M. FAYE (R.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.),
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur le Professeur MERGER

Professeur de Clinique Obstétricale de l'Hôpital St Antoine

Officier de la Légion d'Honneur

avec notre très respectueuse
et déférente reconnaissance
pour avoir bien voulu présider
le jury de cette thèse.

A Monsieur le Docteur LEROY,

Médecin-Chef de la Maternité de Saint-Maurice

Qui nous a honoré de sa confiance
et fait bénéficier de son expérience.

En témoignage de notre gratitude
et de notre profonde reconnaissance.

A mon Fils,

A ma femme,

A mon Père, à ma Mère,

Qu'ils trouvent ici l'expression de mon affection et de toute ma tendresse.

A mon Frère, à ma Soeur,

A mes Parents, à mes Amis.

S O M M A I R E

	Pages
AVANT PROPOS	1.-
ETUDE CLINIQUE	2.-
ALGIES AIGUES	8.-
ALGIES SUBAIGUES	16.-
ALGIES CHRONIQUES	17.-
- Il existe une lésion	18.-
- Certaines affections sont à rechercher de parti pris	27.-
- Examen clinique réellement négatif	30.-
ALGIES PERIODIQUES	34.-
- Dysménorrhées	34.-
- Syndrome intermenstruel	43.-
ALGIES PROVOQUEES	47.-
- Vaginisme	47.-
- Dyspareunie	49.-
APERCU THERAPEUTIQUE	52.-
CONCLUSIONS	59.-
BIBLIOGRAPHIE.	

AVANT-PROPOS

La douleur, parmi les différents motifs qui poussent le malade à faire appel à son médecin, semble toujours prédominer. Ceci se vérifie, peut-être avec une plus grande acuité encore, dans le domaine gynécologique. Parmi tous les autres symptomes, elle est celui qui incite le plus fréquemment la femme à consulter.

Son expression, dans les affections purement féminines, est loin d'être stéréotypée : multiples et variés sont ses aspects, fort nombreuses et très diverses seront ses conséquences .... Tandis que telle douleur traduira un drame chirurgical pelvien et sera sanctionnée par une intervention d'urgence, telle autre, apparaissant sur un terrain névrotique, pourra être l'expression somatique d'un conflit affectif, et entrainera un long traitement psychiatrique.

Un diagnostic étiologique s'impose; seul, il permettra le choix du traitement et assurera son succès.

Essayer d'en établir schématiquement les grandes lignes directrices et donner un aperçu thérapeutique : tel est le but vers lequel nous essaierons de tendre.

ETUDE CLINIQUE

La femme, tout au long de sa vie génitale, paye un lourd tribut à la douleur. Tandis qu'elle reste bien souvent indifférente à d'autres maux, parfois plus graves, elle s'alarme rapidement dès qu'intervient un phénomène douloureux; il existe d'autre part un conditionnement familial et social qui fait que la femme qui souffre du "ventre" estime qu'elle le doit à ses "organes".

Aussi le diagnostic des algies en gynécologie ne se limitera pas strictement à l'étude des affections du tractus génital, mais devra tenir compte de la pathologie des organes voisins : arbre urinaire, appareil digestif, système nerveux, plans osseux....

La douleur, en général, doit toujours être prise en considération; mais un plus grand sérieux, peut-être, doit s'attacher à l'étude des algies génitales, dont on sait le retentissement sur la vie sexuelle, et les désordres qui en découlent au niveau du couple.

Un interrogatoire serré, une étude psychologique, un examen clinique rigoureux et non limité à la sphère génitale, des examens complémentaires orientés devront conduire à un diagnostic étiologique précis : seule clé du succès de la thérapeutique.

L'INTERROGATOIRE

Il va s'enquérir :

DES CARACTERES DE LA DOULEUR.

- de sa date d'apparition, en faisant préciser ses rapports avec :

  une infection génitale
  un accouchement
  un avortement
  un choc psychique
  un changement de vie.

- de son mode de début : brutal ou progressif
- de son type :

  coliques salpingiennes
  pesanteurs pelviennes
  prurit

- de son caractère spontané ou provoqué, en particulier par les rapports sexuels
- de son évolution : sur le mode aigu, subaigu ou chronique
- de son siège :

  médian
  uni- ou bi-latéral
  localisé ou diffus

- de ses irradiations vers les régions :

  anale
  lombaire
  sacrée
  scapulaire
  claviculaire
  épigastrique

- de son rythme : douleurs continues ou intermittentes, influencées ou non par le cycle menstruel.

DES SIGNES ASSOCIES, en précisant s'il existe :

- des troubles des règles

  aménorrhée

  métrorragies dont on fera préciser les caractères :

  - sang rouge ou noir
  - pertes minimes ou abondantes

- une leucorrhée continue ou survenant par décharge
- de la fièvre
- d'autres troubles :

  colitiques

  urinaires

  rachidiens

DES ANTECEDENTS

- antécédents obstétricaux : on fera préciser le nombre des accouchements et leurs modalités.
  On s'attachera à la recherche du nombre des avortements, du nombre des curettages....

- antécédents infectieux : On se méfiera des diagnostics apportés par les patientes, sera plus précieuse la notion de colpotomie ou de bartholinite.

- antécédents chirurgicaux : intervention pour grossesse extra-utérine ou pour péritonite appendiculaire dont on sait qu'elles peuvent laisser d'importantes séquelles plastiques dans le pelvis.

DU PSYCHISME DE LA FEMME

Les circonstances de la prise de contact avec la malade peuvent déjà fournir un indice : la façon de s'exprimer, l'attitude, la mimique vont permettre de brosser son portrait psychologique puisque "le comportement bien intégré est le reflet de la personnalité".

On sait l'importance du retentissement psychique sur toutes les fonctions de l'organisme et singulièrement sur tout ce qui touche à la sphère génitale. On se gardera cependant des conclusions et des étiquettes hâtives.

L'EXAMEN CLINIQUE

Il sera aussi complet que possible, et ne se limitera pas à la sphère génitale ;

On attachera un soin particulier à :

- L'examen de l'abdomen : On recherchera le siège de la douleur, strictement pelvien ou parfois empruntant le cadre colique ou le trajet des uretères.

On appréciera le degré de tonicité de la région pelvienne : souplesse, défense ou même contracture.

- L'examen du rachis : qui peut parfois expliquer une douleur pelvienne ou lombaire.

- L'examen général complet : en dehors de sa porté psychologique indéniable, peut parfois donner l'explication de certaines douleurs.

- L'examen gynécologique enfin : pierre de touche du diagnostic, il doit être pratiqué dans de bonnes conditions techniques :

  - sur un plan dur
  - vessie-rectum vides (si les conditions de lieu et de temps le permettent)

- avec un bon éclairage

- une grande douceur est de mise, car les malades redoutent souvent cet examen.

Il va comprendre :

- l'examen du périnée : à la recherche d'une cicatrice d'épisiotomie ou d'une périnéorraphie.

- l'état de la vulve, à la recherche d'une infection au niveau des glandes de BARTHOLIN ou de SKENE, au niveau de l'urèthre.

- l'aspect de l'hymen : intact ou réduit à des lambeaux non cicatrisés qui peuvent être le point de départ de la douleur.

- l'examen au speculum : lorsqu'il peut être pratiqué, va permettre d'apprécier :

. l'état du col
. l'aspect de la glaire
. l'aspect des parois vaginales.

- enfin le toucher vaginal, à un, puis à deux doigts, va explorer :

. l'utérus : position
déviation
sensibilité
volume
. l'état des annexes, perceptibles ou non.
. l'état des paramètres, que l'on met en tension en mobilisant l'utérus; ces paramètres seront mieux perçus et explorés par le toucher rectal, ou par les touchers, rectal et vaginal, combinés.

L'examen clinique sera dûment complété par une série d'examens complémentaires : les uns de routine, les autres plus orientés.

On n'hésitera pas, chez ces femmes qui souffrent du "ventre", à pratiquer des examens colposcopiques, des frottis de dépistage, voire des biopsies du col, au moindre doute.

La clinique, à elle seule, peut être en défaut et, avant de conclure à une algie essentielle, il est opportun de perfectionner la prospection grâce aux moyens actuels de détection : l'hystérosalpingographie et la coelioscopie.

Au terme de tous ces examens, on est amené à classer, un peu schématiquement les douleurs en :

- douleurs spontanées, que l'on subdivise en aiguës, subaiguës, chroniques, et périodiques

- douleurs provoquées.

LES DOULEURS SPONTANEES

LES ALGIES AIGUES

Une étiologie gynécologique peut être à l'origine d'une algie pelvienne aiguë. L'intensité de l'algie est telle et s'accompagne d'un tel cortège de signes que la responsabilité d'une lésion génitale sérieuse s'impose d'emblée.

1º) C'est la classique inondation cataclysmique de la grossesse extra-utérine rompue.

Brusquement, une femme jeune, apparemment en bonne santé, est terrassée par une violente douleur en coup de poignard, au niveau du bas ventre et irradiant vers la région scapulaire. Parfois le maximum douloureux se situe dans la fosse iliaque droite : là en effet, l'épanchement se collecte au début, plus volontiers, quelle que soit la trompe qui saigne.

Le fait essentiel est la brutalité de la douleur et son association à des signes généraux immédiatement inquiétants : des vertiges, un éblouissement, voire une chute avec perte de connaissance, sont apparus inopinément et la répétition de ces accidents est caractéristique de l'hémorragie péritonéale.

En même temps qu'un refroidissement, d'abord localisé aux extrémités, puis rapidement généralisé, une décoloration extrême de la peau survient en quelques instants. Elle est particulièrement impressionnante à la face où les traits sont tirés, les yeux excaves, en mydriase.

La température est basse, le pouls est altéré, la tension artérielle a chuté.

La notion d'un retard de règles, de grande valeur lorsqu'elle existe, est souvent difficile à mettre en évidence : soit que la grossesse ait été ignorée, soit que la femme se sachant enceinte, ait pratiqué des manoeuvres dans un but abortif.

C'est l'examen qui va confirmer le diagnostic d'hémorragie interne : l'abdomen est souple, souvent ballonné mais sans ondulations péristaltiques; il n'est jamais contracturé, tout au plus note-t-on une légère défense et une sensibilité de l'hypogastre.

Les renseignements les plus importants vont être fournis par le toucher vaginal : plus que les modifications de volume et de consistance de l'utérus le signe qui attire l'attention est l'extrême sensibilité du cul-de-sac de DOUGLAS. Cette exploration est tellement douloureuse que, malgré son état syncopal, la malade pousse un gémissement : C'EST LE CRI DU DOUGLAS.

L'association de ce symptôme à l'absence de contracture des muscles de la paroi abdominale est caractéristique d'un épanchement sanguin intra-péritonéal.

Au total, l'apparition chez une femme jeune d'une douleur syncopale, d'un syndrome d'hémorragie interne, l'extrême sensibilité du DOUGLAS : il n'en faut pas plus pour affirmer l'hémorragie intra-péritonéale diffuse et aiguë; l'intervention s'impose, précèdée éventuellement d'une coelioscopie.

2º) Torsion aiguë d'un kyste de l'ovaire.

Il s'agit là encore d'une douleur brutale, soudaine, intense, avec un état sub-occlusif et une altération rapide de l'état général; tableau enfantant une urgence chirurgicale typique.

On songera à cette éventualité quand on aura la notion antérieure d'un kyste connu, ainsi que devant les données de l'examen gynécologique qui permettra généralement la perception d'une masse arrondie, bloquée, extrêmement douloureuse, à côté d'un col ascensionné et d'un utérus dévié quand il peut être perçu.

Plus rarement il s'agit :

3º) de la torsion d'un fibrome pédiculé ou d'une annexe saine.

Tous ces tableaux ont pour dénominateur commun l'intervention chirurgicale qui s'impose d'urgence, précédée éventuellement d'une coelioscopie.

4º) Endométriose tubaire ou ovarienne.

dont l'aspect peut simuler la salpingite aiguë ou la grossesse extra-utérine : là encore c'est la coelioscopie qui va permettre de redresser le diagnostic en montrant sur la trompe ou sur l'ovaire des petits nodules violacés, goudron.

5º) Ovulation douloureuse du syndrome intermenstruel.

- C'est une douleur pelvienne médiane de la région utérine, irradiant vers les cuisses, le rectum, la vessie entrainant des cystalgies. Beaucoup moins souvent la douleur est latéralisée, d'un seul côté, à prédominance droite et irradiant vers les lombes.

- Ses caractères sont variables, son intensité allant de la simple gêne à la crise douloureuse dramatique.

- Lorsqu'elle siège à droite, et que font défaut les antécédents analogues, elle va entrainer l'intervention avec les diagnostics erronnés d'appendicite ou de rupture de grossesse extra-utérine.

Mais le drame pelvien peut être en rapport avec une pelvi-péritonite ou une salpingite aiguë.

6º) Les salpingites aigues

La douleur domine, en général, toute la symptomatologie fonctionnelle En effet, les formes indolores existent bien, mais sont exceptionnelles.

Si la douleur est quasi constante, elle peut être variable dans ses modalités. Parfois simple gêne ou pesanteur pelvienne permanente sur un fond continu, elle évolue par exacerbations paroxystiques. Exagérée par la fatigue, la station debout, la marche, les transports, le coït, elle est calmée par le repos au lit, la glace, les sédatifs. Elle est souvent pénible par sa ténacité même et son caractère lancinant.

Sa topographie est utile à préciser : le maximum est généralement bas situé, au-dessus des arcades crurales, prédominant souvent d'un côté, mais pas forcément toujours le même, au décours de la crise.

Les projections douloureuses se font dans les régions lombaires, plus précisément vers les parties hautes des sacro-iliaques; mais des irradiations sont possibles au niveau du périnée, aux flancs, aux cuisses et même dans la région épigastrique et dans l'hypochondre droit.

L'atteinte infectieuse salpingo-péritonéale va entrainer des troubles viscéraux réflexes :

- soit d'ordre vésical : rétention d'urines ou cystalgies
- soit d'ordre rectal : épreinte, ténesme, parfois diarrhée avec colique.
- parfois existe un retentissement digestif avec nausées, troubles dyspeptiques.

Les troubles gynécologiques associés sont assez variables : leucorrhée, dérèglement menstruel.

Les signes généraux consistent essentiellement en une fièvre dont l'allure évolutive ne revêt aucun spécificite, et en une asthénie. Dans l'ensemble l'état général est bien conservé, du moins au début.

Dans l'histoire actuelle de la maladie, il faudra tenter de retrouver une circonstance déclenchante :

- manoeuvres abortives récentes
- traitements ou explorations gynécologiques : électro-coagulation du col, hystéro-salpingographie.

A l'examen, on va retrouver une certaine défense pariétale dans les zones douloureuses.

Le toucher vaginal, toujours pénible, va repérer :

- le col, dévié par une masse pelvienne
- le corps utérin, souvent difficile à percevoir du fait de la réaction pariétale, du fait aussi de l'état inflammatoire de voisinage.

Il va d'autre part, permettre d'explorer :

- les culs de sac vaginaux, mieux explorés toutefois par le toucher rectal : les annexes pathologiques ayant tendance à se prolaber dans le DOUGLAS.

L'évolution, sous l'effet du repos, des médications anti-infectieuses et de la classique vessie de glace, est aujourd'hui généralement favorable.

7º) Les péritonites aiguës

Le début des accidents est souvent brutal, aigu, parfois marqué par un frisson. La douleur initiale, fréquemment soudaine, sus-crurale est à prédominance souvent unilatérale. Ses irradiations sont parfois trompeuses, épigastriques, iliaques, ou même sous-costales, claviculaires ou scapulaires.

On est amené, comme on le faisait classiquement, à distinguer les péritonites primitives et les péritonites par rupture ou perforation de pyosalpinx.

a) Les péritonites primitives

Elles surprennent la jeune femme, plus volontiers avant la trentaine. On ne peut plus actuellement leur attribuer comme agent exclusif le gonocoque; ces péritonites évoluent par l'intermédiaire d'une salpingite aiguë suppurée dont le pus s'écoule hors du pavillon dans la cavité péritonéale.

Bien évidemment, on retrouve des signes d'irritation péritonéale, nausées, vomissements, troubles du transit, soit constipation et arrêt des matières et des gaz, soit à l'opposé un syndrome dysentériforme avec diarrhée.

L'examen clinique objective à des nuances près des données assez constantes :

il existe une défense nette, comme la douleur, cette réaction de la paroi abdominale n'est pas symétrique.

L'examen pelvien, généralement très difficile, rend seulement compte d'une douleur diffuse au niveau du DOUGLAS, ou des culs-de-sac latéraux sans que l'on perçoive une induration ou une masse annexielle.

En fin de compte, ce qui est remarquable dans cette forme anatomo-clinique c'est sa récession très rapide sous l'effet du repos et des agents anti-infectieux.

b) Les péritonites des pyosalpinx.

Elles n'ont pas cette évolution simple et facile

Les malades sont plus âgées, 35-40 ans, et ont des antécédents d'infection génitale.

La note particulière du tableau clinique est peut-être donnée par l'atteinte plus marquée de l'état général : le faciès est souvent plus altéré, les traits sont tirés, mais l'état général reste souvent moins alarmant qu'il n'était décrit autrefois.

A la palpation du ventre, la réaction tonique de la paroi abdominale est constante, variable dans son importance, sa diffusion et son interprétation. La contracture peut être ferme s'il y a de bons muscles ou affaiblie si des grossesses antérieures ont altéré la musculature. Sa recherche doit constituer l'un des temps essentiels de l'examen clinique, car de sa persistance ou de sa diffusion à des examens successifs dépendra l'indication opératoire.

8º) Torsion aigue d'une salpingite kystique.

Il s'agit presque toujours d'un accident aigu à symptomatologie bruyante. La douleur soudaine et brutale, pouvant s'accompagner de vomissements, est souvent syncopale. Débutant dans une fosse iliaque, elle envoie des irradiations lombaires, vésicales, vulvaires, crurales, qui sont parfois prédominantes, pouvant masquer le siège pelvien de la lésion. La malade souvent agitée, cherche une position antalgique. Des signes viscéraux réflexes, et parfois quelques métrorragies vont compléter le tableau. Après cette attaque initiale apparait fréquemment une période de rémission relative où un fond douloureux permanent subsiste jusqu'au paroxysme suivant. Les troubles généraux ne sont pas de type infectieux : le pouls est bien accéléré au moment des accès, mais la température est normale ou à peine élevée.

L'exploration gynécologique permet de percevoir une tuméfaction latéro-utérine ou prolabée dans le DOUGLAS, allongée en aubergine et électivement douloureuse : l'intervention va très rapidement s'imposer.

Naturellement les algies abdomino-pelviennes aiguës ne sauraient admettre comme seule origine la sphère génitale : différentes affections devront être discutées.

a) La crise de colique hépatique.
b) La crise de colique néphrétique.

Elle peut donner des manifestations douloureuses pelviennes prédominantes. Les irradiations algiques vers le périnée, la grande lèvre, la fosse lombaire, les cystalgies et l'examen des urines, la discrétion des signes gynécologiques, évoqueront rapidement ce diagnostic, encore qu'un cul-de-sac vaginal latéral puisse être dans cette affection électivement douloureux (point utéral inférieur)

c) Une occlusion du grêle, sur une bride pelvienne pourrait donner le change avec une torsion annexielle.

d) Les pyélobéphrites

Elles peuvent être aussi évoquées dans le diagnostic différentiel des salpingites aiguës. En effet leurs aspects cliniques peuvent être oligosymptomatiques et ne se traduire que par un syndrome infectieux et des douleurs pelviennes. Très souvent aucune douleur lombaire n'est signalée et l'on ne retrouve aucun signe de cystite, du moins au début. Ce qui complique encore le diagnostic c'est l'existence, dans certaines infections du bas tractus génital, d'une urethrite antérieure avec brulures mictionelles et cystalgies.

A l'examen le ventre est un peu ballonné, la douleur pelvienne est fréquente uni- ou bi-latérale. Cependant l'absence de toute masse annexielle chez une femme qui se laissera facilement examiner est déjà une notion importante.

Cependant il est bien rare qu'une ou l'autre des fosses lombaires ne soit pas sensible; en tous cas l'examen des urines va rétablir le diagnostic :

e) L'appendicite aiguë.

L'appendicite aiguë est un des diagnostics différentiels des salpingites aiguës.

L'absence d'antécédents infectieux génitaux, l'unilatéralité stricte des signes, la souplesse et l'indolence de la mobilisation utérine, l'absence de leucorrhée sont autant d'éléments en faveur de l'appendicite pelvienne. On comprend l'importance de ce diagnostic qui impose l'intervention d'urgence.

LES ALGIES SUBAIGUES

Leurs diagnostics s'apparentent à ceux des formes aiguës.

Elles sont souvent en rapport avec des infections utérines ou para-utérines. Elles relèvent également non rarement, d'une compression pelvienne, causée par une tumeur solide tel un fibrome ou liquide tel un kyste de l'ovaire, et s'exerçant sur les plexus nerveux de la cavité pelvienne.

Elles peuvent être le témoin d'accidents subaigus de grossesse extra-utérine : avortement tubo-abdominal
fissuration de la trompe
et même la grossesse extra-utérine à son début.

Parfois, la douleur subaiguë révèle la dégénérescence bénigne ou maligne d'une tumeur : nécrobiose aseptique des fibromes.

On voit le caractère artificiel et schématique de la division en douleurs aiguës et subaiguës.

LES ALGIES CHRONIQUES

Le problème des algies gynécologiques chroniques domine, et de loin, les autres problèmes.

Il est en effet peu de problèmes aussi épineux, aussi peu faciles à résoudre et qui offrent pour des cas apparemment superposables les succès les plus flatteurs, mais aussi les déboires les plus décourageants.

Parfois, l'examen gynécologique trouve une lésion évidente : mais rien ne permet d'affirmer qu'elle est surement la cause de la douleur qui a motivé la consultation.

Par contre, sur certains terrains névropathiques, toute lésion, aussi discrète soit-elle, peut être la cause déclenchante riche en qualificatifs. Il importe de la rechercher systématiquement et de la traiter en un premier temps, si ce traitement ne doit pas être délabrant et pourvu de risques. La persistance non rare de la douleur soulève des problèmes particuliers que nous envisagerons ultérieurement.

Nous envisagerons pour l'étude des algies chroniques trois grands chapitres :

I - Il existe une lésion génitale cliniquement manifeste.

II - Certaines affections doivent être recherchées de partie pris.

III - L'examen clinique est réellement négatif.

I) LES LESIONS GENITALES CLINIQUEMENT MANIFESTES

Seul un examen clinique minutieux, attentif et systématiquement entrepris, peut conduire à la découverte d'une lésion : imputer à celle-ci la responsabilité de la douleur n'est pas toujours chose facile, et bien souvent, l'épreuve thérapeutique, avec le recul, permet seule de conclure.

Il importe d'examiner ces malades dans les meilleures conditions techniques, et de n'omettre aucun temps de l'examen; tous les étages de l'appareil génital doivent être explorés et, dans un premier temps :

La région vulvo-périnéale.

Cette région, qui n'est pas très fréquemment le siège d'une douleur, est plus volontiers celui d'un prurit.

Le prurit est une sensation particulière, qui a pu être comparée à un fourmillement, un chatouillement, une brulûre; il peut revêtir tous les degrés d'intensité, allant de la simple gêne à la véritable sensation douloureuse. Parmi les causes locales des prurits, une place importante appartient à deux parasitoses : la Phtiriase inguinale et, surtout chez la fillette, l'oxyurose. A côté de ces deux affections, c'est une irritation locale qu'il faut rechercher : négligence des soins locaux de toilette, irritation par des produits parfumés, par un écoulement leucorrhéique dont il faudra retrouver l'origine et qu'il faudra distinguer des écoulements urethraux ou anaux.

Deux affections vont particulièrement retenir notre attention ; le kraurosis vulvaire et le prurigo leucodermique; l'un et l'autre vont s'accompagner d'un prurit féroce, douloureux et évoluant par crises.

Le kraurosis vulvaire. Il est du soit à une ménopause chirurgicale, soit à une ménopause physiologique; il réalise une atrophie progressive des téguments (disparition complète des petites lèvres, puis des grandes) avec aspect blanc ou nacré

de la demi-muqueuse et une atrésie plus ou moins importante de l'orifice vulvaire, expliquant un certain type de dysparéunie. Sur ce kraukosie s'installe un prurit vulvo-périnéal parfois féroce, apparaissant par crises et entrainant des lésions de grattage. Le traitement d'une telle lésion devra tenir compte du trouble hormonal et du deséquilibre vago-sympathique.

Le prurigo leucodermique bienbindividualisé par P. CHEVALLIER en 1934, il est caractérisé par une triade :

1º) un prurit féroce évoluant par crises
2º) une leucodermie légèrement atrophiante
3º) un dérèglement de l'état général.

L'affection débute, sans cause locale ni générale, par un prurit génital d'abord intermittent. Puis les crises augmentent en intensité et en durée, siégeant le plus souvent sur les grandes lèvres, et le sillon interlabial. D'autres zones prurigineuses vont apparaître, de topographie presque toujours symétrique. La zone prurigineuse est constituée par une tâche blanche, qui n'est pas liée au grattage : le prurit siégeant sur la plaque elle-même. L'évolution va voir l'extension et la multiplication, dans la sphère génitale, des plaques qui peuvent se rejoindre, pouvant réaliser de nombreux types cliniques suivant leur siège. Sous des influences les plus diverses, le prurit va devenir permanent, avec des paroxysmes : il est alors féroce, douloureux.

Ce qui caractérise ce prurigo leucodermique, c'est l'absence de lichenification.

Chez ces malades, P. CHEVALLIER avec STEWART et SEVAUX ont trouvé une achlorhydrie totale avec une atrophie diffuse de la muqueuse gastrique. P. CHEVALLIER a émis l'hypothèse d'une maladie particulière ayant une prédilection pour les muqueuses, la peau, et le sang et pouvant aussi atteindre le système nerveux, avec une localisation spéciale : le prurigo leucodermique.

L'emploi du fer à fortes doses (3 à 6 g. de protoxalate de fer par jour) ferait disparaitre le prurit en quelques jours.

Certaines dermatoses vont entrainer des douleurs vulvo-périnéales; parmi ces dermatoses, les unes sont vésiculeuses ou bulleuses (herpès, zona, aphtose génitale), les autres sont végétantes (pemphigus végétant).

a) l'Herpès

La localisation génitale est une des localisation les plus communes de l'herpès.

Dans sa forme typique, l'herpès se caractérise par l'apparition brusque d'un bouquet de vésicules; cette éruption est souvent annoncée quelques heures à l'avance par des sensations diverses , élancements, fourmillements, prurit et quelquefois même par de véritables névralgies; ,l'herpès apparait sous la forme d'une tache congestive oedémateuse, petit placard surélevé, qui peut être unique, ou au nombre de deux ou trois, sur lequel ne tardent pas à apparaître des saillies papuleuses qui vont se tranformer en vésicules. Celles-ci, petites perles arrondies, égales, du volume d'une tête d'épingle, en se réunissant vont constituer une phlyctène dont le contour polycyclique fera soupçonner le diagnostic. Les phénomènes douloureux s'apaisent avec la sortie de l'éruption, mais la cuisson peut persister, surtout sur la muqueuse vulvaire.

L'évolution se fait, soit vers la dessication, soit vers la rupture des vésicules. En général, c'est la règle dans la région génitale d'assister à la rupture des vésicules; celles-ci, en s'ouvrant vont former des érosions légèrement douloureuses.

L'éruption herpétique siège en n'importe quel point de la vulve : grandes et petites lèvres, fourchette, région clitoridienne, exceptionnellement sur la muqueuse vaginale; elle peut également siéger aussi sur les téguments de la région

périnéale. Si sur ces téguments son évolution se fait vers la dessication avec croutelles plus ou moins brunâtres, par contre, sur la demi-muqueuse vulvaire, l'évolution vers la cicatrisation des vésicules rompues, et des érosions consécutives, est plus longue à cause de l'humidité et des sécrétions vaginales.

b) Le zona

Le zona est une maladie infectieuse aiguë due à un virus neurotrope. L'éruption apparait brusquement ou est annoncée par quelques prodromes névralgiques dans le territoire qui sera le siège de l'éruption, laquelle sera strictement unilatérale, sauf exception. Au début on remarquera une ou plusieurs plaques érythémateuses, légèrement surélevées, séparées par des espaces de peau saine; sur ces plaques apparaitront des vésicules, dont le nombre est extrêmement variable : les vésicules pouvant être isolées ou, au contraire, groupées en amas confluents En quelques jours, les plaques s'affaissent, les vésicules se déssèchent, les croutes tombent laissant des cicatrices indélébiles permettant le diagnostic rétrospectif. A cette éruption s'associent une adénopathie satellite et des douleurs névralgiques d'importance variable, augmentant d'infensité avec l'âge de la malade; surtout le traitement est souvent des plus décevants : on reconnait cependant quelques succès à la radiothérapie, quand celle-ci est instituée très précocément. Bien souvent on a à déplorer, après la guérison clinique, des douleurs névralgiques, séquelles du zona.

c) L'aphtose génitale

Les aphtes génitaux sont loins d'être rares, et cependant cette localisation si fréquente de l'aphtose est bien souvent méconnue. Les aphtes de la région génitale ne diffèrent en rien de ceux de la région buccale. Il s'agit de lésions vésico-ulcéreuses, apparaissant en nombre variable; et dont il importe d'analyser les caractères cliniques, qui sont, dans la règle, assez typiques pour permettre le diagnostic.

Le stade vésiculeux est en général de très courte durée ; rougeur limitée de la muqueuse, puis apparition d'une vésicule arrondie ou ovalaire, d'abord transparente, puis rapidement d'un blanc opaque, et présentant un gros liseré carminé de bordure. L'épiderme superficiel disparait créant l'ulcération aphteuse ou plutôt l'exulcération, cupuliforme à fond jaune, "beurre frais" cernée par un étroit ourlet rouge vif tranchant sur la muqueuse voisine.

Cette ulcération aphteuse est douloureuse, cette douleur cuisante s'atténue progressivement, en même temps que l'ulcération se déterge, laissant une surface rosée : la cicatrisation se fait en six à huit jours sans séquelles.

Le caractère évolutif primordial de cette aphtose congénitale est sa tendance à la récidive, pendant de longues années.

d) Le pemphigus végétant

Le pemphigus végétant ou pemphigus de NEUMANN est une forme particulière qui se localise aux muqueuses génitales et buccales. L'élément initial est une bulle souvent flasque, d'emblée séro-purulente, qui va s'ulcérer rapidement en cinq à six jours; ces ulcérations vont prendre un caractère végétant : les végétations hautes de 3 à 10 mm, sécrètent un pus fétide qui souvent se concrête en croutes brunâtres; ces éléments végétants s'ordonnent en placards qui s'étendent, confluent, bordés par de nouvelles bulles en formation. Ces végétations s'accompagnent de douleurs très pénibles.

Au total, c'est une grande affection générale s'accompagnant d'une atteinte profonde de tout de l'organisme, évoluant par poussées successives et qui, sans traitement, aboutit à la cachexie et à la mort en deux à six mois.

AU NIVEAU DU COL UTERIN : c'est l'examen au speculum qui va montrer :

a) une Cervicite

Soit endocervicite avec sa glaire purulente ou louche, suintant par l'orifice du col;

Soit Exocervite congestive érosive et surtout ulcéreuse, nécessitant au moindre doute frottis, colposcopie et biopsie.

Le traitement par les antibiotiques, éventuellement dirigé par un antibiogramme en cas d'endocervicite, la coagulation soigneuse du col après vérification des annexes en cas d'exocervute, entrainent dans la règle, la guérison de la cervite, mais pas toujours celle de la douleur.

b) Les déchirures du col

Elles peuvent être le point de départ de douleurs pelviennes violentes, spontanées ou déclenchées par le moindre contact : coït, injections.

c) Les kystes de NABOTH

Ils seraient, pour certains, sources de douleurs violentes.

AU NIVEAU DU CORPS UTERIN, l'examen va découvrir :

a) Un fibrome

Il réalise typiquement une tuméfaction faisant corps avec l'utérus, dont il n'est séparé par aucun sillon; les mouvements imprimés à l'utérus se transmettent à la masse. Il importe de noter le volume, le siège, la sensibilité et éventuellement le nombre des myomes;

Tous ces éléments sont importants pour discuter la responsabilité du ou des fibromes dans la survenue d'une algie pelvienne. Si un myome unique, de volume modéré, siégeant dans le fond utérin, est rarement à l'origine d'une douleur, en l'absence d'un terrain favorable, par contre, un volumineux fibrome enclavé dans le DOUGLAS ou inclus dans le ligament large, ou un fibrome compliqué de torsion ou de nécrobiose, peuvent expliquer éloquemment une algie. Mais tous les intermédiaires sont possibles et c'est là que le sens clinique du médecin prend toute sa valeur.

b) Une rétroversion utérine

La découverte d'une rétroversion utérine permet-elle de lui rattacher systématiquement l'algie pour laquelle la femme vient consulter ? Il ne semble pas à priori, car nombre de rétroversions utérines sont silencieuses. Il parait donc indispensable, avant de mettre en cause la rétroversion, de rechercher une lésion associée et éventuellement de la traiter. En l'absence d'une telle lésion, quelle valeur accorder aux douleurs spontanées?

Les uns les estiment caractéristiques et rapportent même à la retroversion certaines douleurs à distance ; gastralgies, coelialgies, entéralgies(MATHIEU).

D'autres sont beaucoup plus réservés : "la relation unissant douleur lombaire et rétroversion est très incertaine" écrit A. NETTER qui précise "La vérité nous parait être la suivante : lorsque la rétroversion est adhérente elle est douloureuse, lorsqu'elle est libre, elle provoque rarement des douleurs".

En conclusion, que faire devant l'association algie pelvienne-rétroversion ? Bien souvent, il faudra s'en tenir au traitement d'une éventuelle lésion associée, ou à une psychothérapie en présence d'un contexte psycho-somatique plus ou moins manifeste. On pourra avoir recours aux massages gynécologiques, préconisés par NETTER, et qui voient leur meilleur indication dans les rétroversions fixées avec paramétrite. Ces massages se font par voie vaginale ou rectale : on en laissera la réalisation technique au gynécologue de sexe féminin. La mise en place d'un pessaire de HODGE,Pessaire en S à double courbure dont la plus grande va s'adapter au cul-de-sac postérieur du vagin, va servir de test et faire la part de ce qui revient à la rétroversion : si la pose du pessaire supprime vraiment l'algie, l'intervention chirurgicale peut être proposée en vue d'une reposition de l'utérus;

c) Le problème du prolapsus génital

Pour de nombreux auteurs, le prolapsus n'entraine jamais de douleurs vraies mais une sensation d'insécurité, de fuite d'organes, de tiraillements dans les régions lombaires et inguinales, qui s'exagèrent à la fatigue ou après l'effort;

ce peut être aussi une sensation de corps étranger. Il va falloir là aussi rechercher une lésion associée, et la traiter. Dans le doute on tentera une épreuve de columnisation avant d'affirmer une improbable relation entre la douleur et le prolabsus.

AU NIVEAU DES ANNEXES

L'existence d'une masse latérale, associée ou non à un état infectieux, fera discuter une atteinte de la trompe :

a) Le cancer de la trompe

Il atteint la femme aux alentours de la ménopause, c'est-à-dire de 45 à 65 ans. Il reste longtemps cliniquement muet; ce sont les formes vraiment évoluées qui se révèlent par des signes vraiment typiques : tel l'hydrops tubae profluens.

La douleur constitue un symptome fréquent, le premier noté par la malade D'une façon générale, il s'agit de douleurs intermittentes, à type de crampes, ressenties dans un côté de la partie basse de l'abdomen; on peut encore observer des douleurs sacrées, dorsales, et aussi des douleurs irradiant le long des nerfs sciatiques.

L'épanchement tubaire à écoulement intermittent constitue un symptome intéressant : la douleur basse de l'abdomen diminue et l'on assiste à un écoulement, par le vagin, d'une quantité considérable d'un liquide aqueux : si ce liquide est sanglant ou brunâtre, il signera le cancer de la trompe.

Le diagnostic est confirmé par les frottis et par l'hystéro-salpingographie : dans les cas typiques, c'est une image d'hydrosalpinx, suspecte par un aspect polypoïde, par une image vacuolaire ou par une lacune aux bords irréguliers; ailleurs, c'est l'image d'un hydrosalpinx banal mais où l'étude attentive des clichés révèle une différence d'opacité ou un aspect irrégulier d'un bord.

b) Les salpingites à formes kystique. Celles-ci peuvent revêtir différents aspects :

celui d'un pyosalpinx refroidi, qui peut évoluer sur le mode subaigu chronique ou même tout à fait insoupçonné sur le plan fonctionnel; ces faits sont plus fréquemment rencontrés depuis l'usage très large de l'antibiothérapie.

A l'examen la masse sera perçue soit dans un cul-de-sac latéral soit dans le DOUGLAS, soit à cheval sur les deux, s'étalant en aubergines, cet aspect étant très évocateur. Elle est souvent très douloureuse; son volume est variable, sa consistance, sa mobilité dépendent de l'importance des réactions péritonéales et du tissu cellulaire pelvien. Quand elle est bloquée par les réactions de voisinage, elle peut être confondue avec un myome ou un utérus rétroversé. Si la bilatéralité des lésions est habituelle, il n'y a nulle symétrie obligatoire.

Celui d'un Hématosalpinx, qui n'a pas en fait de symptomatologie bien nette; sa consistante, plus pâteuse que renitente représente un signe bien aléatoire pour l'affirmer.

Celui d'un Hydrosalpinx. Il s'agit là d'une forme anatomique séquelle d'une extrême fréquence de l'infection génitale chronique.

Sur le plan clinique, rares sont les troubles fonctionnels susceptibles d'évoquer cette lésion. Une des rares manifestations cliniques qui pourraient y faire songer est la survenue d'une hydrorrhée intermittente dont l'apparition amène généralement une amélioration des troubles cliniques, s'il en existe.

c) L'ovarite scléro-kystique

Le domaine de l'ovarite scléro-kystique est fort complexe. Son diagnostic repose sur l'existence d'algies pelviennes, latérales et intermittentes, sur l'existence de pontes ovulaires souvent très douloureuses, accompagnées parfois de troubles des règles, à type de spaniomenorrhée, sur l'existence surtout d'ovaires

accordéon (A. NETTER), nettement augmentés de volume en phase prémenstruelle, sensibles et bosseles, mais à peine perceptibles, par contre, après les règles.

Quoi qu'il en soit, l'ovarite scléro-kystique entraine parfois des algies mais la découverte d'ovaires scléro-kystiques, à la coelioscopie ou au cours d'une intervention chirurgicale, n'est guère rare chez des femmes qui n'ont jamais souffert : ainsi, FUNCK-BRENTANO écrit : "Et quelle est la femme qui opérée pour ovarite scléro-kystique par ovariectomie suivie d'ovariographie, n'a pas vu ses douleurs reprendre quelques mois après ! "L'ovarite scléro-kystique est aux confins des douleurs organiques et des névralgies essentielles, et, au cours du traitement on fera une place importante à la psychothérapie.

Au terme de ce chapitre, rappelons que l'existence d'une lésions gynécologique manifeste ne doit pas être assimilée systématiquement à la cause de la douleur, Il faut cependant commencer par traiter cette lésion en évitant les méthodes agressives; on se méfiera notamment de la chirurgie immédiate à visée antalgique, en l'absence d'indications impérieuses.

II - LES LESIONS GENITALES A RECHERCHER CLINIQUEMENT

Fréquemment, chez une femme venue consulter pour des algies abdomino-pelviennes, l'examen clinique est apparemment négatif; en fait, avant d'entreprendre une exploration paraclinique et surtout d'envisager le diagnostic d'algie essentielle, il importe de rechercher une série de manifestations faciles à reconnaître quand on y pense.

a) L'endométriose

Dans les cas typiques, l'endométriose entraine une douleur de siège variable selon sa localisation, mais dont le caractère majeur est de survenir au moment des règles et de s'accentuer progressivement jusqu'à leur fin :

c'est donc une dysmenorrhée particulière. Cependant, trop souvent, cet aspect fait défaut et la seule manifestation est la présence d'une douleur pelvienne plus ou moins permanente sans caractère précis. En faveur de ce diagnostic, on recherchera à l'examen :

- l'existence d'une endométriose du DOUGLAS, qui se présente sous forme de nodules violacés de la paroi postérieure du vagin, laissant sourdre un liquide hématique;

- une rétroversion fixée sans antécédents infectieux.

- une infiltration des ligaments utéro-sacrés, perçue au toucher rectal (FUNCK-BRENTANO, H. ROBERT, J. CURTZ).

En cas de suspicion, on aura recours à l'épreuve thérapeutique soit par les androgènes, soit par les progestatifs de synthèse. Parfois même on aura intérêt à recourir à la coelioscopie.

b) Douglassite et paramétrite

La Douglassite est souvent méconnue, car on ne la recherche pas. Elle se traduit par l'existence d'une infiltration, d'une douleur siégeant au fond du cul-de-sac postérieur, qui est effacé, et par une douleur de la face postérieure de l'isthme au toucher rectal. Tout essai de mobilisation de l'utérus, qui est antéfléchi, est particulièrement douloureuse. Cependant il est à noter que la Douglassite est bien plus la cause d'algies lombo-sacrées que pelviennes. Nous en rapprocherons la Paramétrite Postérieure.

La Paramétrite Latérale se caractérise par l'effacement d'un ou des deux culs-de-sac, par la déviation latérale de l'utérus et l'existence d'une corde utéro-sacrée dure, tendue et douloureuse. En l'absence de lésion inflammatoire évolutive, la physiothérapie est une méthode excellente. On peut y rattacher la Cellulite Pelvienne Chronique, qui constitue le substratum de la plupart des douleurs pelviennes de longue durée (A. NETTER). Paramétrite et cellulite peuvent

être les témoins d'une lésion ancienne éteinte, et être à l'origine de psychalgies pelviennes d'origine génitale.

c) Le Varicocèle Pelvien

"Il faut s'appliquer à le rechercher dans toutes les affections douloureuses de la zone génitale..." (H. VIGNES). Il se caractérise par une douleur pelvienne importante, lancinante, irradiant à la région lombaire et qui s'accentue souvent lors des règles, dans la position verticale et à la marche; l'existence d'une douleur érotique serait assez évocatrice (CASTANO).

Au toucher vaginal, on trouve difficilement une masse mal limitée, molle, siégeant un peu au-dessus du plan des releveurs, à gauche et en arrière. Mais c'est essentiellement l'impression de coup de bêlier perçue au toucher quand on fait passer la femme du décubitus dorsal à la position debout qui peut permettre le diagnostic.

d) La Névralgie Orthostatique

ROUX de Montpellier s'est fait le défenseur d'un type particulier de névralgie sur la foi de constatations opératoires : annexes souvent prolabées, laxite ligamentaire, DOUGLAS anormalement profond sans élytrocèle, signes diffus d'irritation péritonéale. Il faut y penser quand la douleur pelvienne s'exagère en position debout, et que le toucher vaginal ou rectal réveille une douleur au niveau du cul-de-sac de DOUGLAS et à,la mobilisation utérine, surtout s'il existe une opposition entre les manifestations douloureuses et l'absence de lésions organiques ou inflammatoires.

Une intervention à triple visée est proposée, dans ces cas, par ROUX : hystéropexie type BALDWIN-DARTIGUES avec résection partielle de l'ovaire, neurotomie présacrée de COTTE et cloisonnement pelvien.

III - EXAMEN CLINIQUE APPAREMMENT NORMAL

L'examen clinique, même judicieusement dirigé et répété, ne permet cependant pas dans un assez grand nombre de cas de retrouver une étiologie. Dans ces cas, avant de soulever des hypothèses, d'évoquer une névralgie pelvienne essentielle, il est indispensable :

- d'éliminer une cause extra-génitale d'algies.
- d'étudier la femme sur le plan psycho-somatique.

Nous envisagerons successivement ces chapitre.

Les douleurs extra-génitales

Toutes les douleurs pelviennes féminines n'ont pas une étiologie génitale, et le gynécologue doit avoir présentes à l'esprit les différentes étiologies possibles de ces algies au niveau de la sphère urologique, entérologique ou rhumatologique.

Les causes urinaires.

S'il est toujours utile d'examiner les urines d'une femme venant consulter en gynécologie, il est parfois indispensable d'étudier plus particulièrement l'état rénal : palpation des fosses lombaires, du trajet des uretères, examen cytobactériologique des urines voire urographie intraveineuse au moindre doute. On pourra ainsi mettre en évidence :

- une pyélonéphrite
- une lithiase vésicale
- un cancer infiltrant de la vessie
- une tuberculose urinaire
- un trouble de la statique rénale.

Les causes digestives.

On sait l'importance des relations gynéco-digestives et la possibilité

de troubles hépato-digestifs à l'origine d'une algie pelvienne :

- cholecystite
- colite
- sigmoïdite
- abcès pelviens d'origine digestive.

L'existence de l'appendicite chronique, cause d'algie pelvienne, est fort discutée par certains auteurs.

Les causes ostéo-ligamentaires.

Ce sont celles qui posent le plus de problèmes de diagnostic au gynécologue. En effet :

- les projections postérieures au niveau de la charnière lombo-sacrée et des articulations sacro-iliaques, avec ou sans irradiation sciatique, sont très fréquentes dans les douleurs d'origine génitale.

- à l'inverse les affections rhumatologiques disco-vertébrales, sacrées, de la hanche ou de l'articulation sacro-iliaque ont souvent une expression purement pelvienne qui n'évoque pas à priori leur nature ostéo-articulaire.

C'est pourquoi l'examen clinique de la colonne vertébrale doit entrer dans la routine gynécologique. On discutera :

- du classique "lumbago" postural favorisé par les grossesses, l'obésité, et qui traduit parfois un spondilolisthesis, une subluxation sacro-iliaque.

- d'une arthrose lombaire ou sacro-iliaque avec des processus ostéophytiques.
- d'une hernie discale
- d'une métastase osseuse révélatrice d'un cancer viscéral qu'il faudra rechercher
- d'un mal de POTT.

- d'une maladie de PAGET, d'une maladie de KAHLER
- d'une ostéoporose post-ménopausique, d'une ostéomalacie.

Au total on a vu que toute algie pelvienne n'avait pas nécessairement une cause gynécologique.

LES ALGIES GENITALES D'ORIGINE PSYCHOGENE

Dans la pratique courante, s'il existe souvent une "épine irritative" locale à l'origine de l'algie, il faut donner une place prépondérante au facteur psychique, qui favorise la fixation du mal, sa pérennisation et ses recrudescences multiples et imprévisibles.

Hélène MICHEL-WOLFROM a consacré de nombreux et fort intéressants travaux à ces algies pelviennes psychosomatiques. Ces algies sont souvent d'apparition brusque et surviennent chez des femmes jeunes. Elles sont déclenchées par un traumatisme, un changement de mode de vie, et sont favorisées par une altération locale, ayant déjà pu entrainer une intervention : ovarite, sclérokystique, cervicite, rétroversion.

Ces femmes semblent avoir un contexte psychique bien précis :

- comportement hystérique
- psychogénèse comportant trois mécanismes :

1º) traumatique : choc émotionnel (deuil, rupture), évènement soudain de la vie génitale (avortement surtout).

2º) Conflit récent : c'est la "situation névrogène qui dépend de quatre facteurs (mésentente conjugale, dissensions familiales, inadaptation sexuelle, difficultés sociales).

3º) Utilisation secondaire du symptôme (chantage plus ou moins inconscient pour polariser l'attention de l'entourage).

Le pronostic des algies psychogènes dépend de l'âge, de la durée du trouble, de la présence ou non d'une lésion génitale, des antécédents opératoires, du comportement et surtout de la psychogénèse du symptome.

Une psychothérapie bien conduite, entreprise par un gynécologue psychosomaticien voire par un psychiatre, permet un certain nombre de guérisons.

LES NEVRALGIES ESSENTIELLES

Ce diagnostic ne devra être évoqué qu'après un bilan local, clinique et endoscopique et un bilan psycho-somatique négatifs. Ces douleurs prennent une telle acuité, qu'elles conduisent à discuter l'intervention chirurgicale en accord avec le psychothérapeute. Celle-ci a quelquefois un intérêt diagnostique en révélant des lésions minimes non vues au colioscope et en permettant, par l'étude histologique des pièces prelevées, de découvrir avec une relative fréquence des NEVROMES qui viennent contester le caractère essentiel de la névralgie. COTTE a, sur ces données, proposé la résection du nerf présacré comme thérapeutique des Plexalgies hypogastriques. Tout l'arsenal des thérapeutiques médicales aura été épuisé avant de recourir à cette extrémité chirurgicale.

LES DOULEURS PERIODIQUES : DYSMENORRHEE
SYNDROMES PRE et INTERMENSTRUELS

LES DYSMENORRHEES

La dysmenorrhée se définit étymologiquement comme un flux menstruel difficile. Il faut cependant (avec A. NETTER) accorder à ce terme une définition plus restrictive et entendre par "Dysmenorrhée" : la douleur pelvienne ou lombaire survenant pendant les règles ou immédiatement avant elles, qu'elles soient accompagnées ou non de manifestations générales.

La dysmenorrhée est un symptome, et non une maladie : il faudrait pour la traiter rationnellement, en connaître mécanismes et causes.

La dysmenorrhée est le domaine de l'empirisme : On se trouve en présence d'un trouble subjectif qui n'a aucune réalité propre, que l'on définit mal, qu'il est impossible de mesurer. Aucune base physiologique à cela : la menstruation normale n'est pas douloureuse.

Sa fréquence est difficile à définir, et les statistiques sont tout à fait discordantes; la plupart des femmes ressentent, au moment des règles, un malaise plus ou moins marqué, une sensation d'endolorissement pelvien, une fatigue générale, mais il est difficile de définir un seuil à partir duquel on puisse parler de "dysmenorrhée". Aussi certains auteurs retrouvent-ils ce trouble dans 93 % des cas (MORTON) et d'autres dans 5 à 20 % des cas (BOYNTON).

Bien des femmes supportent et acceptent sans en parler la gêne physique qui accompagne les règles. Du point de vue médical, il faut considérer comme pathologique la dysménorrhée qui oblige les femmes à interrompre leurs occupations, et qui constitue sur le plan social une cause importante d'absentéisme. Ces formes se trouvent chez 10 à 15 % des jeunes filles, 5 à 10 % des jeunes femmes, et chez 2 à 5 % des jeunes mères (A. NETTER).

Date d'apparition : la date d'apparition de la dysménorrhée est importante à préciser : elle permet de distinguer les dysménorrhées primaires des dysménorrhées secondaires.

Dysménorrhée primaire : elle commence, soit à la puberté, soit, ce qui est beaucoup plus fréquent, un à quatre ans après les premières règles. Pendant les premiers mois qui suivent la puberté, les règles sont indolores, puis la dysménorrhée s'installe et progresse en intensité d'année en année. Les raisons de ce délai d'apparition sont assez obscures : certains ont avancé l'hypothèse d'une immaturation utérine pendant l'année qui suit les ménarches, d'autres tirant argument du fait que, pendant un ou deux ans, après la puberté, les règles sont anovulatoires, considèrent l'intervention de la progestérone comme l'élément déterminant de la dysménorrhée.

Dysménorrhée secondaire : elle apparait beaucoup plus tardivement chez des femmes de 25 à 30 ans; on ne peut considérer comme secondaire que la dysménorrhée survenant chez des femmes ne souffrant pas antérieurement de leurs règles.

Ces dysménorrhées secondaires ne sont pas seulement secondaires par leur apparition dans le temps, mais également par leur étiologie.

ETUDE CLINIQUE

Horaire de la douleur. L'apparition de la douleur, par rapport à l'écoulement sanguin est variable d'une femme à l'autre : un certain nombre de types peuvent néanmoins être précisés :

Dysmenorrhée protomeniale : c'est la plus fréquente. Elle survient dès que s'établit le flux menstruel, et ne dure qu'une heure, mais elle est d'une intensité intolérable.

Dysmenorrhée pré-ou initiomenstruelle: La douleur s'installe quelques jours ou douze à vingt quatre heures avant les règles, et disparait dès que l'écoulement sanguin s'établit franchement.

Dysmenorrhée telemeniale ou tardive : Beaucoup plus rare, elle commence vers le 3è - 4è jour des règles et disparait en même temps que l'hémorragie menstruelle.

CARACTERES DE LA DOULEUR

Il est difficile de faire préciser par ces malades le type, le siège l'intensité de la douleur. Certains caractères communs peuvent être retrouvés :

- c'est parfois une sensation de colique utérine : douleur spasmodique cyclique, augmentant progressivement pour décroître ensuite. L'intervalle entre les paroxysmes est variable d'une dizaine de minutes à quelques secondes, réalisant alors une véritable tétanisation du muscle utérin. La douleur se localise dans la région sus-pubienne et peut irradier dans les fosses iliaques, au vagin, au rectum.

C'est ailleurs une douleur causalgique, sourde, diffuse, lancinante, excruciante; elle est continue, sans paroxysme, ni pauses, de siège imprécis, irradiant à tout l'abdomen, aux lombes.

Ces deux types de douleurs justifient la classification clinique en :

- dysmenorrhée spasmodique, caractérisée par :
  - son horaire, protomenial
  - son type, crampes, coliques utérines

- la pauvreté du flux menstruel au moment de la douleur, qui cède lorsque les règles deviennent franches;

- dysménorrhée congestive : la douleur est plus précoce, elle débute 24 à 48 heures avant l'hémorragie, elle fait souvent suite à la congestion pelvienne du prémenstruum et s'aggrave progressivement pour être maximale à l'acmé de l'écoulement, qui se fait souvent en caillots. C'est une sensation diffuse et continue, irradiant à tout le bassin.

C'est à ces deux types de dysménorrhées que répondent grosso modo les termes de dysménorrhée utérine et de dysménorrhée ovarienne.

SIGNES D'ACCOMPAGNEMENT

a) Caractère de l'écoulement menstruel

Dans certains cas, l'intensité de la douleur est inversement proportionnelle à l'abondance des règles; c'est surtout le cas des dysménorrhées du premier jour; hémorragie minime distillante, faite de sang noir. Au bout de 24 à 36 heures, l'écoulement menstruel devient plus facile, plus abondant et la douleur cesse.

Dans d'autres cas, au contraire, la douleur coïncide avec une hémorragie abondante contenant des caillots.

b) Syndrome prémenstruel

Il est aussi fréquent chez les femmes dysménorrhéiques que chez les autres tout au plus, peut on constater, dans les formes où la douleur est essentiellement prémenstruelle que celle-ci fait habituellement suite à la pesanteur pelvienne prémenstruelle.

c) Phénomènes à distance

Ils peuvent atteindre toute l'économie et sont surtout rencontrés dans les formes sévères : Les signes digestifs sont les plus communs; la nausée,

les vomissements alimentaires et bilieux, la diarrhée sont fréquents. Tous ces troubles relèvent d'une hypervagotonie probablement réflexe.

- Céphalées, banales ou à type de migraine, précédées ou non de signes oculaires.

- éruptions cutanées urticariennes, mais qui donnent une note particulière à la dysmenorrhée au point de faire isoler par les auteurs allemands un type spécial appelé "dermatitis symmetrica dysmenorrhoeica" (MATZENAUER et POLLAND) admis aussi dans les pays de langue anglaise

- oedème de QUINCKE

- enfin l'intensité de la douleur provoque parfois des sensations lipothymiques, des syncopes et chez les sujets prédisposés des crises d'épilepsie, d'angor, d'asthme, tous ses malaises peuvent s'associer et réaliser une véritable maladie à retour cyclique, faite de douleurs, de fièvre, d'asthénie intense, de nervosité, pouvant entraîner à la longue des troubles psychiques dépressifs.

LES FORMES CLINIQUES

Nous ne reprendrons pas la description des diverses formes évoquées plus haut, nous ferons une place à part à un type spécial :

- La dysmenorrhée membraneuse : la perte d'une membrane au cours de coliques expulsives frappent beaucoup les malades, qui croient à une fausse-couche ultra-précoce. La muqueuse desquame en bloc au lieu des débris nécrosés qui sont normaux. Les lambeaux sont assez volumineux pour se bloquer dans l'isthme utérin et constituer un obstacle à l'élimination du sang. L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'une pseudo-caduque où le chorion à subi la transformation déciduiforme : ce qui signifie que l'action lutéale a été d'une intensité toute particulière.

E T I O L O G I E

LES DYSMENORRHEES SECONDAIRES

On peut classer les causes des dysmenorrhées secondaires en trois catégories d'inégales importances ;

a) les infections génitales chroniques : Quelle qu'en soit la cause, elles sont susceptibles de donner naissance à des douleurs menstruelles. Ce sont surtout les infections à pyogènes, consécutives à une gonococcie, une fausse couche ou un accouchement qui provoquent des douleurs secondaires; on les observe rarement dans l'annexite tuberculeuse. Il est habituel que ce soient les formes atteignant le paramètre ou le DOUGLAS qui donnent naissance à la dysmenorrhée. Pourtant on l'observe aussi dans l'ovarite scléro-kystique, dont on sait la fréquente origine infectieuse.

DOUGLASSITE. Dans la douglassite le toucher révèle :

- une rétroposition de l'isthme, entrainant une antéflexion utérine exagérée.
- une douleur à la pression du cul-de-sac de DOUGLAS et l'effacement de ce cul-de-sac.
- une douleur sur la face postérieure de l'isthme au toucher rectal.
- l'immobilité utérine : toute tentative de mobilisation de l'utérus est extrêmement douloureuse.

PARAMETRITE LATERALE : se décèle au toucher par :

- l'effacement de l'un ou des deux cul-de-sacs
- l'existence des deux cotes de l'utérus d'une corde dure, tendue, allant de l'utérus au sacrum, dont la pression arrache des cris de douleur à

la malade. Ces cordes ne sont autres que les ligaments utéro-sacrés enflammés, engainant le plexus pelvi-perineal dans une gangue de sclérose.

- la déviation de l'utérus du côté le plus rétracté.

b) L'ovarité scléro-kystique

Le symptome essentiel, outre la douleur et l'allongement du cycle menstruel, est l'hypertrophie ovarienne. C'est une hypertrophie qui varie de façon cyclique, et peut devenir considérable dans la période prémenstruelle, pour régresser subitement pendant les règles (Ovaires "accordéon" de A. NETTER).

c) Les kystes de NABOTH

Ils sont accusés d'être générateurs de dysmenorrhée, une simple cautérisation galvanique ou diathermique suffit parfois à les guérir. Ces kystes s'accompagnent de pesanteurs pelviennes à recrudescence ou à apparition prémenstruelle et qui disparaissent avec les règles, comme souvent d'ailleurs disparaissent les kystes eux-mêmes.

d) Les autres causes génitales

Elles trouvent une place plus modeste que l'infection.

- les sténoses du col s'observent de moins en moins depuis que l'apparition des antibiotiques a rendu inutiles les diathermo-coagulations endocervicales génératrices d'atrésies précoces ou tardives.

- les sténoses isthmiques consécutives aux curettages, et les synéchies du corps, en obstruant partiellement la cavité, tiennent une place importante. Le traitement est surtout prophylactique.

- - les tumeurs et malformations génitales peuvent se compliquer de dysmenorrhée dans une proportion qui reste fort débattue, à telle enseigne que

la relation de cause à effet entre la douleur et la dystrophie peut être bien souvent discutée; une seule affection ne laisse aucun doute à ce sujet :

- l'endométriose qui donne lieu à un type fort spécial de dysmenorrhée, par son apparition tardive au 2è - 3è jour.

- les vices de position de l'utérus et en particulier la rétroversion (surtout lorsque le vice de position est en relation avec une douglassite ou une paramétrite).

- le syndrome de MASTERS et ALLEN, ces auteurs ont mis en évidence une forme anatomo-clinique particulière de rétroversion utérine mobile; la caractéristique de ce syndrome est l'existence d'une déchirure verticale du feuillet postérieur d'un ou de deux ligaments larges, consécutive à un accouchement dystocique. Au point de vue clinique, l'atteinte fonctionnelle est marquée par une dysparéunie très pénible et de la dysmenorrhée. L'examen physique révèle une rétroversion particulièrement prononcée, mobile, mais la manoeuvre de réduction est extrêmement douloureuse : un tel syndrome relève de la chirurgie.

- Quant aux kystes et aux tumeurs de l'ovaire, aux fibro-myomes utérins, ils ne s'accompagnent de dysmenorrhée que dans un nombre de cas qui n'exclut pas le rôle du hasard.

e) Les causes extra-génitales

Sans en nier formellement l'existence, on peut dire qu'il n'y a pas d'observations bien convaincantes (A. NETTER).

On a accusé tout particulièrement l'appendicite chronique de donner naissance à des douleurs menstruelles, et il y a des observations où l'appendicectomie à guéri la dysménorrhée.

LES DYSMENORRHEES PRIMAIRES

L'étiologie des dysmenorrhées primaires reste tout à fait obscure, en sorte que l'on parle souvent de dysmenorrhées primitives faisant ressortir en quelque sorte le caractère constitutionnel de l'affection.

Car ces dysmenorrhées primitives paraissent être le plus souvent des dystrophies congénitales : il est cependant des cas où ces dysmenorrhées primaires ne sont probablement pas primitives, mais sont secondaires à une lésion infectieuse on sait que l'infection génitale chronique n'est pas toujours une maladie vénérienne et qu'elle peut atteindre les petites filles : rien ne s'oppose à ce qu'existent à la puberté douglassite et paramétrite.

Ces cas particuliers mis à part, on trouve chez les dysmenorrhéiques primaires tantôt des lésions locales, tantôt rien de notable, et l'on parle alors de dysmenorrhée essentielle.

Localement, toutes les dystrophies et malformations utérines, et la plus fréquente de toutes l'hypoplasie utérine : utérus petit ayant conservé un caractère infantile avec une antéflexion exagérée, ce qui explique les échecs de la réduction : l'antéflexion n'étant qu'un élément de la dysharmonie génitale, dont la dysmenorrhée en est un autre.

- l'ovarite scléro-kystique

- on trouve parfois une sclérose des ligaments utéro-sacrés; il ne serait pas impossible que la répétition d'excitations neuro-végétatives aboutissent à la sclérose; il se produirait dans le petit bassin ce qui se produit au niveau du rein dans les expériences de REILLY.

- Les lésions des nerfs du petit bassin : COTTE a décrit ces névrites du nerf pré-sacré.

- Les dysmenorrhées essentielles : que l'on trouve ou non des anomalies pelviennes, il n'est pas douteux que le type constitutionnel des dysmenorrhéiques

est assez monomorphe. Il y a un terrain de la dysménorrhée ; ce sont de grandes filles longilignes, hypersthéniques, à bassin étroit, à seins peu développés, d'aspect longtemps juvénile; l' hérédité est souvent entachée de telles affections.

FACTEURS PSYCHIQUES ET DYSMENORRHEE

L'étude psychologique comparée de femmes qui souffrent de leurs règles et de sujets témoins du même âge donne des résultats analogues. Le terrain est identique, le comportement et les types de personnalités sont semblables. Le nombre des névrotiques est exactement le même. L'adaptation au milieu est également défavorable dans les deux groupes.

Parmi les causes d'inadaptation, la famille parait la plus redoutable.

Les conflits psycho-sexuels n'y sont pas plus fréquents qu'ailleurs; ces jeunes malades souffrent plutôt de leur solitude affective que d'une frustration purement physiologique.

Au total, on ne retrouve de facteur psychique que dans 20 % des cas, et encore, ce facteur n'est-il nullement spécifique de la dysménorrhée.

Le traitement va comporter quatre étapes :

- la cure symptomatique d'attaque
- le traitement étiologique d'entretien
- la psychothérapie
- la chirurgie : rarement indiquée d'emblée par la présence d'une lésion organique importante, elle est réservée aux cas qui résistent à dix-huit mois de traitement médical. La résection du nerf presacré donne même dans ces cas rebelles 60 % de succès (Hélène MICHEL-WOLFROM).

SYNDROME INTERMENSTRUEL

Le syndrome intermenstruel est caractérisé par l'existence de douleurs et parfois d'hémorragies utérines, survenant à la phase intermenstruelle, plus

précisément au milieu du cycle, chez la femme bien réglée. Il doit être assimilé au classique "MITTELSCHMERZ" des auteurs allemands. Sa relation avec l'ovulation ne semble plus faire de doute actuellement, mais sa pathogénie demeure confuse. La fréquence des infections génitales, la possibilité de troubles hormonaux, notamment l'hyperfolliculinie, ont été à l'origine d'une théorie infectieuse et d'une théorie hormonale.

Le syndrome intermenstruel est connu depuis très longtemps : COURTY en 1866 décrit les règles de quinzaine; mais c'est PRIESTLEY qui, en 1872, souligne les rapports de ce syndrome et de l'ovulation.

La fréquence du syndrome intermenstruel est grande, mais discutée : des chiffres extrêmes ont été rapportés, 1 % pour WATTEBLED, 70 % pour ITO. Plus proches de la réalité semblent être les chiffres de ROMAN qui, sur 664 femmes retrouve par un examen systématique 76 fois ce syndrome, soit 11,8 % des cas.

On retrouve ce syndrome avec une plus grande fréquence chez les femmes autour de la trentaine, mais il peut survenir à l'âge de la puberté ou vers celui de la ménopause : de 24 à 42 ans, dont 71 % des cas avant 30 ans dans les cas rapportés par THOYER-ROZAT et PELZER. Son existence chez la jeune fille vierge est exceptionnelle en l'absence d'altérations gynécologiques importantes (C. BECLERE - GUEISSAZ).

LES MANIFESTATIONS CLINIQUES DU SYNDROME

Deux signes principaux, d'installation cyclique, en rapport avec l'ovulation : les douleurs et les hémorragies.

Les douleurs

C'est une douleur pelvienne, médiane, de la région utérine, irradiant vers la racine des cuisses, le rectum, la vessie. Beaucoup moins fréquemment la douleur est latéralisée d'un seul côté, à prédominance droite et irradie vers

les lombes. Le côté douloureux peut être le même à tous les cycles ou varier d'un cycle à l'autre. Il faut noter que le siège de la douleur n'a aucun rapport avec une éventuelle lésion.

Les caractères de la douleur :

L'intensité en est variable, pouvant aller d'une simple sensation de pesanteur ou de gene à la crise douloureuse dramatique, continue ou paroxystique soulevant de difficiles problèmes chirurgicaux, principalement lorsqu'elle siège à droite et que font défaut des antécédants analogues. Sur 76 cas, ROMAN note 4 cas pour lesquels l'intensité de la douleur était telle qu'elle entraina l'intervention d'urgence avec des diagnostics erronnés d'appendicite ou de rupture de grossesse extra-utérine.

La durée : dans les cas typiques, la douleur est brève, dure quelques heures et disparait rapidement spontanément. Nombreux sont les cas où elle se prolonge un ou deux jours; il est rare que cette durée excède deux jours et que la douleur se prolonge jusqu'aux règles.

Les signes associés : l'hémorragie, associée à la douleur ou existant seule, c'est une petite métrorragie, constituée de quelques gouttes de sang, émise de façon continue dans la plupart des cas; en réalité tous les degrés existent depuis la glaire teintée jusqu'à la rare hémorragie massive en passant par les classiques règles de quinzaine.

la leucorrhée : elle est à rechercher systématiquement car il s'agit plus exactement d'une exagération de la sécrétion de la glaire cervicale : excellent signe du syndrome intermenstruel.

Toute une série de manifestations rappelant le syndrome prémenstruel peuvent se voir réalisant le "syndrome du 15è jour" décrit par GILBERT DREYFUS.

Devant la constatation d'un syndrome intermenstruel, les examens vont tenter de mettre en évidence l'ovulation :

- la courbe monothermique
- l'étude de la glaire cervicale
- la biopsie d'endomètre
- éventuellement la coelioscopie

De l'ensemble de ces examens, il apparait nettement que le syndrome intermenstruel coïncide, par sa date de survenue, avec le moment de la ponte ovulaire (GUEISSAZ-PALMER et ORSONI).

RECHERCHE D'UNE ETIOLOGIE

Une infection génitale peut être retrouvée souvent gonococcique pour BECLERE. Cet auteur a particulièrement insisté sur la fréquence des lésions infectieuses latentes, découvertes d'hystéro-salpingographie : il trouve un hydrosalpinx dans un tiers des cas; cette lésion n'est pas la seule en cause : on peut noter une cervicite, une rétroversion fixée, une infiltration des paramètres, une réaction annexielle discrète, des ovaires augmentés de volume et prolabés dans le DOUGLAS.

Parfois il existe une lésion génitale non infectieuse :

- une rétro-déviation utérine,
- un fibrome utérin et singulièrement un myome sous-muqueux, un polype,
- une déchirure du col,
- une hypoplasie génitale,
- l'ovarite scléro-kystique,
- les micro-kystes dermoïdes de l'ovaire
- l'endométriose.

Parfois, on peut mettre en évidence un trouble hormonal.

Ailleurs, l'examen gynécologique est négatif, ce qui n'exclut pas l'existence d'une affection génitale : il faut chercher un terrain névropathique, particulièrement fréquent, car il s'agit souvent de femmes congestives hypersenpathicotoniques (PALMER).

LES DOULEURS PROVOQUEES : VAGINISME ET DYSPAREUNIES

Pour être normale, la copulation doit être un acte, non seulement possible, mais aussi indolore, désiré et générateur de sensations voluptueuses.

Quand l'un de ces caractères manque, il y a trouble de la copulation.

La copulation douloureuse revêt deux types cliniques : la DYSPAREUNIE et le VAGINISME.

LE VAGINISME

Dans le vaginisme le fait dominant est la contracture douloureuse des releveurs de l'anus et du constricteur de la vulve, qui tendent à aveugler la lumière du vagin, et à s'opposer à l'intromission de la verge.

Il est déclenché par la peur : KRIGER et FREED le comparent à la contraction de la paupière quand on verse une goutte dans l'oeil.

Il est d'origine mixte, organique et psychique :

a) Les obstacles organiques

1º) Complets ou incomplets - Ces obstacles se retrouvent dans 40 % des cas.

Les obstacles infranchissables : ce sont essentiellement :

- k'hymen charnu, scléreux, résistant,

- le diaphragme vaginal transversal, bas situé
- certaines absences congénitales de vagin.

Toutes ces malformations vont être santionnées chirurgicalement.

Les obstacles relatifs : ils gênent sans l'empêcher, l'intromission de la verge;

- l'hypoplasie vulvo-vaginale
- les vaginites à trichomonas ou à candida
- les vaginites seniles atrophiques
- les érosions du post-partum
- les cicatrices douloureuses d'épisiotomie ou de périneorraphie.

Ces lésions, souvent minimes, servent de prétextes pour justifier le refus. Il faut les traiter, mais la thérapeutique de routine ne suffit pas, parce que le souvenir de la douleur initiale a engendré la peur; la peur déclenche la contracture, et la douleur se conditionne en un véritable cercle vicieux.

b) Les obstacles psychiques

Ils existent toujours à des degrés divers dans le vaginisme primaire et secondaire;

Le vaginisme primaire. C'est le plus fréquent. En pratique trois cas se rencontrent ;

LA PEUR DE L'AGRESSION joue un rôle dans 70 % des cas : le vaginisme est une défense contre une trop grande sensibilité génitale et non le rempart qui masque une frigidité " plus la situation amoureuse est passionnée, plus le vaginisme est intense" (WESTERMANN-HOLSTIJN).

Les malades sont des hystériques de personnalité infantile, dont l'éducation sexuelle, perturbée par des traumatismes précoces, a été néfaste.

L'HOSTILITE CONTRE LE PARTENAIRE double et renforce la peur de l'agression, dans 25 % des cas. D'une agressivité masculine évidente, ces femmes ont choisi, à dessein, un partenaire timide, inexpérimenté: c'est un nevrotrique satisfait d'être dominé par sa femme. La psychothérapie doit s'adresser aux deux partenaires.

L'AVERSION CONTRE LA SEXUALITE NORMALE ne se retrouve que dans 5 % des cas, ce sont des homosexuelles actives, qui ne se sont mariées que pour affermir leur position sociale. La seule ressource du médecin est de les convaincre de l'utilité pratique de l'acceptation.

Le vaginisme secondaire : est d'habitude étroitement lié aux problèmes de la maternité ; la phobie de la grossesse ou l'intérêt excessif porté aux enfants aux dépens du mari, expliquent en général ce refus qui n'est pas permanent.

Une bonne contraception est la meilleure psychothérapie.

LA DYSPAREUNIE

Affection fréquente et affligeante, s'il en est, la dysparéunie n'a cependant pas sur le plan médical toute l'attention qu'elle mérite. De nombreuses femmes hésitent à aborder directement la question, quant au médecin, il n'a guère le loisir de s'y arrêter ; et, s'il le fait, il choisit l'abstention thérapeutique.

Le mot dysparéunie signifie difficulté d'accouplement; il est souvent utilisé à l'heure actuelle pour désigner le coït douloureux : s'arrêter à cette définition parait cependant faire oublier le grave retentissement sur le couple, de ce trouble de l'adaptation sexuelle.

Qu'elle soit primaire ou secondaire, superficielle ou profonde, on reconnait à la dysparéunie deux grands types d'étiologie :

- d'une part, une origine organique ou fonctionnelle
- d'autre part, une origine psychogène.

A - LES FACTEURS ORGANIQUES OU FONCTIONNELS

Les traumatismes vulvo-vaginaux, et parmi ceux-ci citons les traumatismes de la défloraison consentie ou du viol, les lésions provoquées par des coïts brutaux, par des contusions au cours d'accidents locaux, ayant entrainé la formation de thrombus périnéo-vagineaux.

Les infections vulvo- vaginales depuis l'urethrite, la bartholinite, jusqu'aux vaginites à candida ou à trichomonas.

Les rétrécissements acquis de la vulve et du vagin : ils reconnaissent des étiologies fort nombreuses, souvent en rapport avec la puerperalité et ses suites.

- décollement et rétraction d'une face latérale du vagin par un thrombus.
- propagation d'une déchirure du col, au dôme vaginal,
- infection d'une cicatrice d'épisiotomie.

Avec les traumatismes locaux, qu'il s'agisse de traumatisme physiothérapique (pose de radium) ou orthopédique (mise en place d'un pessaire) ou caustique (permanganate de potassium employé dans un but abortif).

Avec une infection

- tuberculose des organes génitaux
- actinomycose vulvo-périnéale
- maladie de NICOLAS-FAVRE

Avec une tumeur : tumeurs bénignes ou malignes du vagin.

Avec un trouble trophique : ménopause physiologique ou chirurgicale; on en rapprochera l'atrésie sénile (kraurosis vulvae).

A côté des causes par obstacle purement mécanique, il faut citer :

- les lésions du col,
- la rétroversion utérine, le syndrome de MASTER-ALLEN.

- L'endométriose de la paroi recto-vaginale
- les douglassites, les paramétrites et d'une manière plus générale la cellulite pelvienne.
- l'existence d'annexes prolabées dans le DOUGLAS
- le varicocèle pelvien
- l'ovarite scléro-kystique
- la plexite hypogastrique

Les lésions associées : hémorroïdes, fistules. anales.

Impressionné souvent par l'importance de la lésion organique, le gynécologue prescrit un traitement de routine, voire un acte chirurgical : le traitement fait disparaître la lésion, mais la douleur persiste, souvent inchangée.

B) LES FACTEURS PSYCHIQUES

La dysparéunie profonde correspond à une frigidité douloureuse parce que lourde d'agressivité : les femmes dont la sensibilité sexuelle est normale souffrent rarement pendant l'étreinte, même si elles sont porteuses d'un double pyosalpinx ou d'une endométriose étendue.

Le problème se réduit au traitement d'une frigidité particulièrement grave : les malades préfèrent utiliser le bénéfice inconscient apporté par les douleurs que de reprocher à leur partenaire ses torts à coeur ouvert. La souffrance persiste parce qu'elle est utile ; elle maintient la femme dans l'isolement et dans la régression : "Victime sans défense d'un tyran qui prétend la posséder, elle ne cherche pas à lui tenir tête et n'a pas le courage de s'exprimer". (H. MICHEL-WOLFROM).

APERCU THERAPEUTIQUE

La douleur est un des signes les plus fréquents de la pathologie fonctionnelle en gynécologie. Vouloir la traiter, c'est aborder un état essentiellement subjectif, dont les bases organiques échappent bien souvent. De cette trop fréquente carence découle la multiplicité des méthodes thérapeutiques qui vont de la psychothérapie à la chirurgie.

Le problème thérapeutique est bien différent selon qu'il s'agit :

a) d'algies d'origine organique;
b) d'algies d'origine fonctionnelle;
c) d'algies essentielles;

A/ ALGIES D'ORIGINE ORGANIQUE

Ce sont celles dont le traitement est le mieux dirigé, le clinicien pouvant rattacher la douleur à sa cause anatomique. S'il est des causes évidentes il en est d'autres plus dissimulées, que l'hystérosalpingographie et la coelioscopie permettent seules de démasquer.

1º) Il est des algies constituant un épiphénomène dans un contexte clinique imposant à lui seul, une thérapeutique qui lui est propre. L'énumération en serait trop longue.

Citons :

La douleur permanente de la CARCINOSE PELVIENNE imposant des doses d'opiacés tous les jours plus lourdes.

Les douleurs contemporaines d'une atteinte inflammatoire des annexes, qui, encore trop souvent après l'échec des antibiotiques, vont conduire à de larges exérèses de nécessité mutilatrices de femmes jeunes.

La douleur provoquée par l'épanchement sanguin du DOUGLAS, entrainant l'intervention chirurgicale d'urgence.

II) C'est bien souvent la périodicité cyclique mensuelle de la douleur qui permettra de la rattacher à l'ENDOMETRIOSE. Le traitement de l'endométriose a beaucoup évolué ces dernières années, avec l'avènement des progestatifs de synthèse, qui permettent une conduite thérapeutique plus médicale. Le traitement chirurgical garde certaines indications : les complications aigues des grosses endométrioses localisées et circonscrites, les échecs du traitement médical.

III) Il est important en outre de savoir que les algies du petit bassin ne relèvent pas exclusivement de lésions génitales. L'appendicite chronique, les côlites, les sigmoïdites, la diverticulose du colon pelvien sont à l'origine de douleurs pouvant donner le change et faire penser à des algies d'origine génitale. Il conviendra de traiter ces affections.

IV) Les arthroses, les discopathies sacro-iliaques et sacro-lombaires sont à l'origine d'algies pelviennes postérieures. Ce type de malades se verra confié au rhumatologue.

B/ <u>ALGIES D'ORIGINE FONCTIONNELLE</u>

Leur point de départ est une dysfonction génitale endocrine. Ici la clinique et les examens complémentaires spécialisés ne décèlent aucune lésion anatomique. Le caractère de ces algies fonctionnelles est, avant tout, d'être périodique. La périodicité revêt deux types : menstruel et intermenstruel.

a) Les algies menstruelles : la dysménorrhée. Le traitement en sera double symptomatique et étiologique :

Le traitement symptomatique, pis aller dont on peut se contenter lorsque la douleur n'est pas intense, va faire appel aux antalgiques : aspirine, phénacétine, caféine, ou au moyen physique, tel la bouillotte d'eau chaude, et les compresses laudanisées.

Le traitement étiologique, chaque fois qu'il sera possible, donnera les meilleurs résultats :

les causes infectieuses sont les plus fréquentes et le traitement anti-infectieux peut avoir une action curative définitive, à condition que l'infection ne soit pas au stade cicatriciel.

Les polypes seront curetés, les sténoses cervicales ou isthmiques dilatées... l'endométriose se traitera différemment, suivant l'âge de la malade : après 40 ans l'hystérectomie avec castration, avant 40 ans on instituera un traitement médical par les progestatifs de synthèse (A. NETTER).

Bien souvent on ne retrouve aucune étiologie et le traitement va s'inspirer des visées pathogéniques du syndrome : la phytothérapie à visée circulatoire, le calcium, la vitamine D comme sédatifs, la gymnastique respiratoire en genu pectorale pour éviter la stase circulatoire du petit bassin, les progestatifs de synthèse pour rétablir le déséquilibre hormonal, la psychothérapie enfin car bien souvent la dysménorrhée s'installe sur un terrain névropathique. Quant à la résection du nerf présacré, préconisé par COTTE, elle présenterait, dans les dysménorrhées essentielles 60 % de succès (H. MICHEL-WOLFROM).

b) Les algies intermenstruelles : MITTELSCHMERZ DES AUTEURS allemands.

Dans les cas où les manifestations sont discrètes, une simple psychothérapie, expliquant le syndrome, suffit largement.

Le traitement étiologique sera mis en oeuvre chaque fois qu'il apparait possible :

- lutte contre l'infection : coagulation du col en cas d'exocervicité, sulfamides, antibiotiques, vaccinothérapie, voire physiothérapie". Ce traitement a un effet spectaculaire sur les hémorragies, mais nul sur les douleurs " (THOYER-ROZAT)

- l'intervention pour une rétroversion, une annexite, un fibrome

- traitement d'un terrain hormonal; on fait appel à l'androgénothérapie, soit 100 mg par mois, soit 25 mg de téstostérone injectable les 6è et 10è jours du mois (A METTER).

Le traitement symptomatique sera envisagé chaque fois que le traitement étiologique aura été inefficace : il fait appel aux antalgiques, aux sédatifs.

C) LES ALGIES ESSENTIELLES

Ce sont les plus intéressantes. Ce sont aussi les plus décourageantes pour le médecin. Leur traitement doit être dirigé après une observation minutieuse et particulièrement attentive. Deux écueils doivent être évités ; par le thérapeute :

- en l'absence de tout signe organique perçu, il ne doit pas céder à la tentation de l'exploration chirurgicale,

- à l'opposé, il ne dpit pas diriger plus ou moins hâtivement l'algique vers des thérapeutiques non sanglantes, psychothérapiques en particulier.

LES MOYENS THERAPEUTIQUES

Leur nombre et leur diversité sont la preuve de leur trop fréquente inefficacité.

a) Les moyens médicaux

Ils ne représentent qu'une thérapeutique symptomatique. Celle-ci considérée comme un pis-aller dans d'autres affections, pourra avoir un heureux

effet dans le cadre des algies essentielles, en rompant le cercle vicieux de la douleur.

La voie la plus favorable sera la voie rectale; on s'adressera aux antalgiques tels que l'aspirine, aux antispasmodiques (belladone) aux spasmolytiques (papavérine). On proscrira systématiquement l'emploi des stupéfiants.

b) Le massage gynécologique

Il est préconisé en cas de cellulite pelvienne; il est effectué par voie rectale ou vaginale; sa réalisation technique devra être confiée à un gynécologue de sexe féminin.

c) Les cures hydrominérales

d) La réflexothérapie

Elle consiste, dans un but antalgique, à irriter localement la peau, en un lieu où siège habituellement la douleur. Le territoire le plus fréquemment en cause est représenté par la zone cutanée, en regard de la terminaison de l'aorte et de sa bifurcation en iliaques primitives. L'irritation est provoquée par une série de piqures à l'aide d'aiguilles à injections sous-cutanées.

e) Les moyens physiques

Tous les agents physiques ont été utilisés : diathermie, ondes courtes ionisations; les ultra-sons semblent donner le plus fort pourcentage de succès : les infiltrations ultra-soniques sont dirigées en trois zones électives, les deux zones ovariennes et la charnière lombo-sacrée. (FUNCK-BRENTANO).

f) La psychothérapie

Elle sera confiée à un gynécologue spécialement formé, car cette méthode thérapeutique peut, entre des mains inexpérimentées, donner les résultats les plus fâcheux.

g) Traitement chirurgical

Ce n'est qu'en désespoir de cause que le chirurgien se décidera à intervenir.

LA RESECTION DU NERF PRESACRE

La résection du nerf présacré ne sera décidée qu'après avoir tout fait pour l'éviter, et après avoir fait un bilan exact et complet de l'état psychique de la malade. Chez les névropathes, COTTE recommande l'essai thérapeutique de l'infiltration novocaïnique du sympathique pelvien au niveau des ligaments utéro-sacrés. La sédation des douleurs est pour lui une indication à intervenir.

L'OPERATION DE GEORGES ROUX

En cas de névralgie pelvienne orthostatique G. ROUX préconise l'opération suivante :

- une hystéropexie type BALDWIN-DARTIGUES.
- une résection du nerf présacré.
- un cloisonnement pelvien.

L'HYSTERECTOMIE

En principe la chirurgie d'exérèse est à proscrire dans le traitement de la névralgie pelvienne. Cependant, l'hystérectomie pourra être envisagée en dernière analyse "lorsque toutes les autres thérapeutiques auront fait faillite" On tiendra compte du facteur social, et on sera plus "interventionniste" en milieu ouvrier qu'en milieu aisé.

LES INDICATIONS THERAPEUTIQUES

La thérapeutique ne sera prescrite qu'après une très stricte vérification clinique et para-clinique destinée à dépister une lésion organique ou fonctionnelle.

A) Si la femme présente des modifications de son comportement psychique, elle sera orientée vers la consultation de psychosomatique. L'association d'une

thérapeutique antalgique, les ultra-sons par exemple, et d'une psychothérapie donnera d'heureux résultats.

B) Si on note un éréthisme anormal du carrefour aortico-iliaque, la réflexothérapie en association avec une psuchothérapie sera indiquée.

C) S'il existe un syndrome pédiculo-colique gauche post-opératoire, les ultra-sons seront prescrits avec avantages.

D) Ce n'est qu'après les échecs des traitements médicaux, psychothérapiques, réflexothérapiques, physiques, qu'on se décidera à exécuter l'opération de COTTE.

E) Si l'on fait la preuve de la qualité orthostatique de la névralgie l'opération de ROUX va s'imposer.

F) Enfin, en toute dernière analyse, si les conditions sociales s'y prêtent, on pourra avoir recours à l'hystérectomie totale. (Inter-annexielle chez la femme jeune).

C O N C L U S I O N S

Les algies génitales féminines posent de difficiles problèmes étiologiques et thérapeutiques. La clinique et les moyens d'investigations modernes permettent souvent de découvrir une cause génitale, organique ou fonctionnelle.

Parfois, aucune lésion génitale n'est découverte, il faut alors savoir rechercher une cause extra-génitale à la douleur.

En l'absence de tout signe organique perçu, on évoque le caractère essentiel de l'algie : le traitement en sera exclusivement symptomatique, et le thérapeute devra éviter deux écueils :

- ne pas céder à la tentation de l'exploration chirurgicale, que ces malades extorquent presque toujours tôt ou tard.

- et, à l'opposé, ne pas diriger trop hâtivement l'algique vers le psychothérapeute.

Comme l'ont dit COTTE et MATHIEU "nous ne croyons pas qu'en gynécologie il y ait tellement de troubles psychopatiques primitifs, et nous pensons qu'il suffit souvent d'enlever l'épine irritative pour que le psychisme retrouve son équilibre".

Vu, le Président de Thèse :

Professeur MERGER

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur G. BROUET

Vu, et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

Jean ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

ACHARD

Pathogénie de l'herpès et du zona
Paris Med I924 3I 493

ALBEAUX-FERNET, ALAJOUANINE et PAQUIN R.

Les manifestations pathologiques de la période prémenstruelle
Sem. Hop. Paris Mai I945 2I 462-466.

ALEXANDER F.

La médecine psycho-somatique; ses principes et ses applications.
NORTON Edit. N.W. I950

AMELINE et BOITELLE G.

Les rapports psycho-somatiques en gynécologie.
Bull. Ass. Gyn. Obst. I950 2,nº 4 bis

AUDIT J.F.

Essai sur l'étiologie de la rétroflexion utérine
Rev. Franc. Gyn Obst Avril I959, 54 nº 4 3I5-3I7

ATLEE H.B.

Douleur iliaque chronique chez la femme
I959 C. Thomas Edit. USA

AZERAD E. et CORIAT L.

Essai d'interprétation du syndrome prémenstruel
Sem. Hop. Paris 10 Oct. I956 32, nº 59

BALLENTINE G.N.

Un appoint au traitement du prurit vulvaire
Am. Journ. Obst. Gyn. Janv. I952 63 nº I 2I8

BARUK H.

Psychoses hyper et hypofolliculiniques et leur traitement
Sem. Hop. Paris Janv. I956 32 nº 6 322.

BARRAT J.
Névralgie pelvienne essentielle.
Cahier RMF Bulletin Médical I960, II p. 22I-24

BEAUDRY M.
Le zona et son traitement actuel.
Laval Med. Juin I95I I6 nº 6 763-69

BECLERE C.
Les hydrosalpinx latents et ignorés
Progrès Med 24 Nov I952 80, 5I9-24

BECLERE C.
Les lombalgies gynécologiques.
La vie méd Fev. I958 p. I5I-56

BEHRMANN H.T.
Prurit vulvaire du à l'auréomycine
J.A.M.A. I8 Nov. I950

BELAISH J.
Le syndrome prémenstruel et son traitement
Vie Med. Fev. I957 38, nº 2

BERGLER E.
Le problème de la frigidité
Psych. Quart Juil I944 I8, 374-90

BINET A. et ULRICH P.
Les accidents de la défloraison
Rapport du XIIIº Congrès de Gynécologie Biarritz Juin I949

BLANC et CAMINOPETROS
Quelques considérations sur l'herpès
Etude expérimentale sur l'herpès génital
Ann. Inst. Pasteur Fev I929.

BLOCH J.C. et BLONDIN S.
Les phlegmons pelviens.
Rev. Med. Franc. I93I I2 nº 4

CALENDRA D.
Les anti-histaminiques dans le prurit vulvaire
Semana Med. Dec I95I

CANEL Y.
Le traitement hydro-minéral des inflammations et des algies génitales de la femme.
Rev. Prat. Iè sept. I959 p 2393-96.

CAPLIER R. et PALMER R.
Aspects cliniques des douleurs pelviennes séquelles de l'infection génitale chronique.
Vie Médicale Juil. 1963 44 1045-54

CARDIA-MARIO
Les ultra-sons en gynécologie
Gyn. Prat. 1959 T.10 nº 1 p 9-17

CHEVALLIER P., MOUTIER F., STEWART W., SEVAUX et ELY
Prurit vulvaire avec atrophie de la muqueuse gastrique. Forme larvée de l'anémie hypochrone achylique
Sang 1934 nº 8

CONTAMIN et POLIAK D.
Les lymphangites du ligament large
Gyn. Prat. 1953 4 nº 2

CORICCIATI L.
Herpès génital. Cas typique
Miner. Derm. Mars-Avril 1952 27 nº 8

COTTE G.
Traite de gynécologie
Masson Edit 1947

CUSKIER J.
Les douleurs vésicales en gynécologie
Rev. Franc. Gyn. Obst. 1964 59 9 p. 527-32

DALSACE J.
Le diagnostic radiologique dans les algies pelviennes féminines
Rev. Prat. 1959 9 pp 2371-73

DE SEZE S. et MAITRE M.
Le syndrome douloureux vertébral trophostatique de la post-ménopause
Histoire de la Médecine nov. 1954

DEVIN R., BRANDONE H., DINARD J.
Résultats du traitement des algies pelviennes de la femme par l'opération de ROUX
Marseille Chirurgical 1963 15 2, p 113-18

ERNST J.
Aspect psychosomatique des algies pelviennes
Sine Materia J. SC Med. Lille 1961, 79, 4 p. 182

EYRAUD-DECHAUD M.L. (Mº)
Prurit vulvaire. Thèse Paris I9I4

FILHOULAUD M.
Problèmes de la douleur en gynécologie
J. Med. Bordeaux I963, I, p. I35-40.

FRANCOIS A.
L'aphtose
Thèse Paris I94I

FUNCK-BRENTANO P.
Traitement des algies pelviennes féminines
Rev. Prat. I959 9 pp. 2383-9I (Bibli)

FREUD S.
Sexualité féminine -
J. Intern. Psychanal. I932 pp. 28I-97

GABRIELLI De
Incidences digestives des rétro-déviations utérines et de leur traitement chirurgical
Thèse PARIS I958

GAUDEFROY M.
Algies pelviennes et cervico vaginites à trichomonas
J. SC. Med. Lille I96I 79, 4 p. I72-75

GAUDEFROY M.
Traitement des algies pelviennes et en particulier des dysmenorrhées par le curare.
Bull. Ass. Des. Gyn. Obst. de langue française nº 4 I950 p 44I

GILLOUX A.
A propos de 3Œ opérationsde COTTE
Soc; Fr. Gyn. I963 33; 3 p. I69-73

GOLDRACH C.
Traitement des dysmenorrhées
Con. Med I964 87, 24 p 3955-56

GRAY L.A.
Gynécologie de l'adolescence,traitement des dysmenorrhées
Ped. Clin. North. Am. I960 7, 1

GUERIN C.
Les douleurs pelviennes d'origine rhumatologique
Vie Med. I963 44, 7 p. I073-86

HAILEY H.
Le prurit anal et vulvaire. Revue de 520 cas.
J.A.M.A. 26 Mars I949

HENRION R.
Les syndromes douloureux lombaires et abdominaux aux cours de la grossesse.
Cahiers R.M.F.

HODEZ J.P.
Intérêt de la colioscopie dans les algies pelviennes non aigues.
J. SC. Med. Lille I96I, 79 4 p I76-82

HUET L.
Le prurit périnéal
Thèse Paris I927

HUGUIER J. et GRANDON A.
Pathologie chirurgicale en urologie et gynécologie
Flammarion Edit. I962

JAMES M.
L'hystérographie à l'aide de quelques problèmes posés par la dysmenorrhée.
Gyn Obt. I963, 62, p. 39I-98

JEANNENEY G. et DERVILLE P.
Gynécologie et traumatismes accidentels
Gyn. Obst. I937 35 p. 404-23

KROGER et FREED
Psychosomatic gynecology
Saunders Edit. Phyladelphia et Londres I95I

LANGERON P.
Aspect chirurgical des algies pelviennes chez la femme, à propos de seize observations.
J. SC. Med Lille I96I 79 4 p. I63-7I

LEMOINE P.
Le prurit vulvaire hormonal.
Thèse Paris I947

LEYMARIOS J.
Les douleurs pelviennes d'origine gynécologique
Vie Med. I963 44, 7 p. I089-94

LOFFREDO V.
Le syndrome de déchirure du ligament large
Etude clinique étiopathogénique et thérapeutique
Thèse Paris I960

LAFFONT et EZES
Dysmenorrhées essentielles et sensibilisation aux oestrogènes
Bull Fed. Gyn Obst nº V I95I p. 775

LAFFONT A.
Les douleurs extra-pelviennes dans les affections gynécologiques
Les cours du jeudi soir.
Tarnier I938 p. 243

MANDOUL H. et MANDOUL R.
Le prurit vulvaire d'origine parasitaire.
C.R. Franc. Gyn. Mars I939 9 nº 3

MATHIEU J.
Les douleurs intermenstruelles et leur traitement
Vie Médicale Nov I955 36 nº?II p. I227-32

MATHIEU J.
Indications thérapeutiques dans les dysmenorrhées
Gaz; Med. France I957 64 I8 p. I479-84

MERGER R., LEVY J., MELCHIOR J., BARRAT J.
Anomalies de la statique génitale ; les relations utérines
In Ency Medico Chirurgical Tome I p. 250 A

MEUNIER P.
Dysmenorrhées fonctionnelles
Union Med CANADA I962 9I, p II9I I200

MICHEL WOLFROM H.
Gynécologie psychosomatique
Masson Edit. Paris I963

MICHEL WOLFROM H.
La dysmenorrhée n'est pas un trouble psychosomatique. Etude clinique et psychologique de 288 cas de dysmenorrhées.
Bull. Fed. Gyn. Obst. Nº I I958 p. 22

MICHEL WOLFROM H.
Interférences du psychisme sur les troubles génitaux
Sem. Hop. Paris Juin I953 29, nº 36 p. I835-36

MILLIANGG
Le prurit tabétique
Rev. Franc Derm. I932

MONDOR H.
Diagnostics urgents : abdomen
Masson Edit. I959

NETTER A. et NETTER-LAMBERT A.
Traitement de la dysmenorrhée
Vie Médicale I963 44 7, p. I055-62

NETTER A.
Le syndrone intermenstruel
In Gynecology Flammarion Edit Paris

ORSONI S.
La crise intermenstruelle
Thèse Paris I942

PALMER R.
La coèlioscopie dans le diagnostic des algies pelviennes rebelles
Rev. Prat. I959 9, 22 p. 2375-8I

PALMER R.
Traitement chirurgical d'une dysmenorrhée rebelle
Soc. Fra,c. Gyn I963 33, 3, p. I53-I68

PALMER R. et PALMER E.
Les explorations fonctionnelles gynécologiques
Masson Edit. Paris I963

PALMER R.
Les prurits vulvaires et leurs traitements
Concours Médical Oct. I94I nº 43 p. I857-59

POLOSSON E., MATHIEU J., ROCHET Y.
Les indications actuelles de la résection du nerf présacré
Gyn. Obst. I965 64 p. I5

RAVINA A.
La valeur des infiltrations du sympathique dans le traitement du prurit vulvaire
Presse Médicale 2I Avril I945 n& I6 2I2

RENAER M.
Contribution à l'étude de la douleur dans la pratique gynécologique
Bruxelles Med Juil I956 36 nº 30 I476-90

RENAUD J. et QUARTI C.
Les aspects psychosomatiques des douleurs pelviennes.
Vie Médicale 1963 44, 7 p. 1097-1106

ROBERT H.
Les algies pelviennes. Problèmes cliniques et étiologiques.
Rev. Prat. 1959 9, 22, p. 2365-70

ROMAN C.
La résection du nerf présacré dans le traitement de la dysménorrhée
Soc. Franc. Gyn 1963 33, 1 p. 29-41

ROUX G. et BAUMEL H.
Les algies pelviennes essentielles de la femme.
Sem. Med 1961

SAVOURET
Dysménorrhées des colites spasmodiques.
Bull Fed. Obst nº III bis 1952 p. 612

SEGUY J.
Dysménorrhée.
Sem Hop. 4 Fev. 1959 35, 10, p. 412-418

SERMENT H. et FELCE A.
Considérations sur les rétroflexions utérines douloureuses.
Rev. Franc. Gyn. Obst. 1963 53, 5 p. 379-93.

SEVIN A.
Gynécologie fonctionnelle et neuro-psychiatrie
Thèse Paris 1955

SURBLED
Thérapeutique vasculaire des dysménorrhées essentielles
Bull. Fed. Soc. de Gyn. Obst. nº II 1958 p. 156

TAYLOR H.C.
Le problème de la douleur pelvienne en gynécologie.
Rev. Gyn. Obst. Mats 1957 Nº 3

TOURAINE A.
L'aphtose. Données récentes et synthèse.
Presse Médicale nov. 1955 , 63 nº 73 p. 1493-95.

TOURNEUX J.P.
La torsion des hydrosalpinx
Concours médical Juin 1941 nº 12

TRUC E. et GRASSET
Les douleurs pelviennes d'origine urologique
Vie Med. I963 44, 7 p. I065-I07I

VARANGOT J.
Le problème de la rétroversion utérine
Concours médical Juil. I959 8I, nº 30 p. 342I-22

VARANGOT J., GRANJON A., CHARTIER M., LOFFREDO V.
Le syndrome de déchirure du ligament large
Presse médicale Juin I959 nº 28

VERNE J.M., DELAGARDE P., BANGALTER L.
Syndrome de Masters-Allen Mem. Ac. Chir. t 85 523-533 - I959

WATTEBLED M.M.
Le syndrome internenstruel
Thèse Paris I948

WILBRAND U.
Le traitement du prurit et du kraurosis vulvaire.
Zschr Gebh Gyn I95I, I34 nº 2.

agemp

EDITIONS
40 R. Pascal
PARIS 13e
TELEPHONE
535 : 18 — 93
535 : 18 — 62